



**Maria João Nunes      Relatório de Trabalho de Projeto**

Otimização de Práticas na Prestação de  
Cuidados à Pessoa em Isolamento de  
Contacto

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para  
cumprimento dos requisitos necessários à  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem  
Médico Cirúrgica, realizado sob a orientação  
científica da Professora Mariana Pereira

novembro 2015



## [DECLARAÇÕES]

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,  
Setúbal, .... de ..... de .....

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciado pelo júri a designar.

O(A) orientador(a),  
\_\_\_\_\_  
Setúbal, .... de ..... de .....





*“Das actividades Humanas, a Enfermagem é das mais nobres pela sua Natureza e o seu objectivo, uma das mais árduas pelo trabalho que se realiza e uma das que mais marca a personalidade dos que a praticam...”*

*Autor desconhecido*



## **Agradecimentos**

Expresso a minha gratidão à professora orientadora, Professora Mariana Pereira pela dedicação e disponibilidade pela orientação, partilha de todo o seu saber no decorrer dos estágios desenvolvidos.

À equipa docente pela disponibilidade e incentivo demonstrado no decorrer do curso, fundamentais à conclusão do mesmo.

Agradecemos à instituição, que nos acolheu nos locais de estágio e que nos permitiu a oportunidade de vivenciar momentos de aprendizagem fundamentais e imprescindíveis à elaboração deste relatório.

Agradecemos à Equipa de Enfermagem e de Assistentes Operacionais do Serviço de Cirurgia Geral pela disponibilidade e contributos fundamentais à elaboração deste relatório, através da sua partilha de vivências e conhecimentos.

Às pessoas que cuidei pela possibilidade de vivenciar novas situações as quais se demonstraram ser o estímulo necessário à continuação do nosso trajeto enquanto estudantes.

Às colegas de estágio pelo apoio constante no decorrer deste percurso.

À minha amiga TM pela amizade sincera, apoio, dicas e incentivo no decorrer desta jornada.

Aos meus pais por estarem sempre presentes, pelas suas palavras de incentivo de não desistir, mesmo nos momentos de maior desespero.

Ao Luís pelo amor e toda a compressão.



## Resumo

No âmbito do 3º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), o presente relatório pretende apresentar a reflexão sobre a aquisição e o desenvolvimento de competências comuns e específicas as quais definem o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (designadamente em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa), assim como, as competências de Mestre. Foi aplicada a metodologia de projeto, tendo desenvolvido no decorrer dos estágios o Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e o Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC).

O PIS decorreu num Serviço de Cirurgia Geral (SCG). Verificada a necessidade de intervenção no âmbito da otimização de práticas na prestação de cuidados à pessoa em situação de isolamento de contacto, após a realização do diagnóstico de situação, planeámos e executámos o Projeto de Intervenção em Serviço neste âmbito. A IACS constitui um problema de saúde devido à elevada morbilidade e mortalidade sendo fundamental a adoção de precauções básicas as quais garantem a segurança dos profissionais e da pessoa (Pina et al, 2010). Visando a divulgação de boas práticas propusemo-nos a desenvolver e a realizar formação e treino da equipa de enfermagem e da equipa de assistentes operacionais neste âmbito.

Para a aquisição e desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista realizámos o PAC, tendo-nos centrado no desenvolvimento dos domínios nas áreas do controlo de infeção, emergência e catástrofe e cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos. Concretamente realizamos uma ação de sensibilização aos familiares das pessoas internadas no serviço, relativa à importância da higienização das mãos aquando da visita; participação num exercício de simulacro de situação de inundação numa unidade de cuidados intermédios e consequente poster de divulgação; realização de poster acerca do tema hipodermoclise, com o qual obtivemos o 2º lugar num encontro de enfermagem. O PAC decorreu num SCG.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Metodologia de Projeto; Pessoa em Situação Crítica; Pessoa em Situação Crónica e Paliativa; Infeção Associada aos Cuidados de Saúde; Isolamento de Contacto.



## **Abstract**

Under the 3rd Master of Medical-Surgical Nursing (MEMC) of the Superior Health School of Institute Polytechnic of Setubal (ESS/IPS), this report constitutes a reflection about the Master and specific skills acquisition and development process for Medical-Surgical Specialist Nurses (particularly in Critical Care and Chronic and Palliative care. As methodology it was used Project Methodology and during the displacements, the Intervention Project in Service (PIS) and the Clinical Learning Project (CAP) were developed.

The PIS took place in a General Surgery Service (SCG). Facing the need for intervention in providing care to the person in isolation, we planned an Intervention Project. The IACS constitutes a health problem due to its high morbidity and mortality. Therefore, it is fundamental to adopt basic precautions that guarantee the safety, not only of the workers, but also of the person herself (Pina et al, 2010). Aiming the dissemination of good practice, we decided to develop training for the nursing staff and healthcare assistants.

Aiming the acquisition and development of specific skills of the specialist nurse we proceeded with the cap, focused in areas such as infection control, emergency and catastrophe and care for the person experiencing complex processes. Specifically we carry out an action to raise relatives awareness of the importance of hand hygiene; participation in a flood drill in an intermediate care unit, with respective elaboration of a poster; creation of a poster about hypodermoclysis , that earned the 2nd prize in a meeting of nursing. The PAC took place in SCG.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Infection Prevention and Control; Health care-associated infections; Quality of Care; Contact precautions.





## **Siglas**

AO – Assistentes Operacionais

CCIH – Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar

CHM – Centro Hospitalar M

CPLEE – Curso de Pós Licenciatura em Especialização em Enfermagem

CV – *Curriculum Vitae*

DGS – Direção Geral de Saúde

EEMI – Equipa de Emergência Médica Interna

EEPSC – Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica

EEPSCP – Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

EMC – Enfermagem Médico-cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ERC – European Resuscitation Council

ESS – Escola Superior de Saúde

HMS – Hospital Margem Sul

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

IN – Infecção Nosocomial

IP – Inquérito de Prevalência

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

MRSA – *Staphylococcus aureus resistente à meticilina*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAC – Projeto de Aprendizagem Clínica

PIS – Projeto de Intervenção no Serviço

PNCI – Plano Nacional de Controlo de Infecção

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SCG – Serviço de Cirurgia Geral

SIV – Suporte Imediato de Vida

UC – Unidade Curricular

UCIC – Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos

VPN – Virtual Private NetWork

# Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>19</b>
<b>1– Enquadramento Concetual.....</b>	<b>23</b>
1.1 - O Modelo de Conservação de Myra Estrin Levine .....	23
1.2 - A Qualidade em Enfermagem .....	27
1.3 – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde .....	28
1.3.1 – Medidas de Prevenção de Infecção associada à prestação de cuidados à pessoa em isolamento de contacto .....	30
<b>2 – Projeto de Intervenção no Serviço .....</b>	<b>33</b>
2.1 – Diagnóstico de Situação.....	33
2.1.1 – Necessidades do Serviço .....	35
2.1.2 – Aplicação da Ferramenta Diagnóstico .....	36
2.2 – Planeamento do Projeto .....	40
2.2.1 – Atividades, Estratégias e Indicadores de Avaliação.....	41
2.2.2 – Recursos .....	41
2.2.3 – Constrangimentos e forma de os ultrapassar.....	42
2.2.4 – Aspetos Éticos .....	43
2.3 – Execução, Avaliação e Divulgação.....	44
2.4 – Análise das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	55
<b>3 – Projeto de Aprendizagem Clínica .....</b>	<b>61</b>
3.1 –Diagnóstico de Situação.....	62
3.2 – Planeamento .....	65
3.3 – Execução, Avaliação e Divulgação.....	69
3.4 – Análise das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista.....	82

3.4.1 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica .....	82
3.4.2 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.....	83
<b>4 - Análise de Competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica .....</b>	<b>85</b>
<b>5 - Conclusão .....</b>	<b>91</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>95</b>
<b>Apêndices.....</b>	<b>105</b>
Apêndice 1: Artigo.....	107
Apêndice 2: Ficha de Diagnóstico de Situação.....	121
Apêndice 3: Descrição do Serviço de Cirurgia Geral.....	127
Apêndice 4: Análise SWOT .....	133
Apêndice 5: Grelha de Observação.....	137
Apêndice 6: Apresentação e Análise dos Resultados das Observações .....	141
Apêndice 7: Ficha de Planeamento do Projeto .....	191
Apêndice 8: Cronograma Planeamento do Projeto .....	197
Apêndice 9: Cartaz divulgação Ação Formação Equipa de Enfermagem.....	201
Apêndice 10: Cartaz divulgação Ação Formação Equipa de AO.....	205
Apêndice 11: Plano Ação Formação Equipa de Enfermagem.....	209
Apêndice 12: Plano Ação Formação Equipa de AO.....	213
Apêndice 13: Diapositivos de suporte Ação Formação Equipa Enfermagem.....	217
Apêndice 14: Diapositivos de suporte Ação Formação Equipa AO.....	229
Apêndice 15: Relatório Avaliação Ação Formação Equipa Enfermagem.....	243
Apêndice 16: Relatório Avaliação Ação Formação Equipa AO .....	289
Apêndice 17: Relatório Apresentação e Análise Resultados Novas Observações .....	333
Apêndice 18: Poster <i>Simulacro em Cenário de Inundação em Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos: Intervenções Especializadas de Enfermagem</i> .....	383

Apêndice 19: Resumo Poster <i>Simulacro em Cenário de Inundação em Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos: Intervenções Especializadas de Enfermagem</i> .....	387
Apêndice 20: Relatório Ação Sensibilização às visitas <i>Venho visitar o meu familiar – Porque tenho de lavar as mãos?</i> .....	391
Apêndice 21: Poster <i>Prevenir a Infecção nos Dispositivos Intravasculares – Cuidados de Enfermagem Especializados</i> .....	455
Apêndice 22: Resumo Poster <i>Prevenir a Infecção nos Dispositivos Intravasculares – Cuidados de Enfermagem Especializados</i> .....	459
Apêndice 23: Poster <i>Hipodermoclise – Uma opção segura nos cuidados à Pessoa em Fim de Vida</i> .....	463
Apêndice 24: Resumo Poster <i>Hipodermoclise – Uma opção segura nos cuidados à Pessoa em Fim de Vida</i> .....	467
<b>Anexos</b> .....	<b>473</b>
Anexo 1: Autorização Enfermeira Diretora.....	475
Anexo 2: Autorização Diretor de Serviço.....	479
Anexo 3: Autorização Enfermeira Chefe.....	483
Anexo 4: Certificado Curso Suporte Imediato de Vida.....	487
Anexo 5: Autorização para divulgação de Poster.....	491
Anexo 6: Certificado Melhor Poster <i>Prevenir a Infecção nos Dispositivos Intravasculares – Cuidados de Enfermagem Especializados</i> .....	495
Anexo 7: Certificado 2º lugar Poster <i>Hipodermoclise – Uma opção segura nos cuidados à Pessoa em Fim de Vida</i> .....	499
Anexo 8: Certificado Formação <i>Prevenção e Tratamento Úlceras Pressão</i> .....	503
Anexo 9: Certificado Formação <i>Cuidados Continuados Integrados</i> .....	507
Anexo 10: Certificado Formação <i>Dignidade em Fim de Vida</i> .....	511



## Introdução

No decorrer do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC), lecionado na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), procedemos à elaboração do presente relatório que reflete sobre os Estágio I, II e III, integrados na unidade curricular (UC) Enfermagem Médico-Cirúrgica I e II, assim como sobre o curso na sua totalidade.

Iniciámos este trajeto, que pretendemos retratar neste trabalho, com o intuito da obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *“O curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica visa dotar licenciados em Enfermagem de competências profissionais diferenciadas para intervir, suportados na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da enfermagem médico-cirúrgica”* (Departamento de Enfermagem, 2014:3).

No decorrer dos módulos Estágio I e II aproveitamos o contributo de cada UC lecionada, sendo aqueles experienciados como momentos únicos propícios à compreensão e ao início do desenvolvimento das competências basilares à prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O intuito dos módulos I e II convergiu na identificação de uma problemática no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica, formulando um projeto de intervenção. A sua execução e posterior avaliação convergiram no módulo III.

O presente documento segue a metodologia de trabalho de projeto, enquadrando-se assim no globo da Investigação-Ação. *“O Trabalho de Projecto (...) contém características próprias – métodos e técnicas – que lhe conferem o estatuto de metodologia (...) que resulta da necessidade de articular, de forma coerente e sistémica, um projeto (...) [e] tem como finalidade determinar quando há que agir neste ou naquele sentido – sucessão de acções – o que há a fazer – conteúdo das acções – e como fazer, que meios, técnicas a utilizar -processo.”* (Leite, Malpique e Santos, 2001:75).

O desenvolvimento do Estágio I, II e III decorreu no Serviço de Cirurgia Geral (SCG) de um Hospital da Margem Sul (HMS), integrado no Centro Hospitalar M (CHM), sob orientação da Enfermeira MC, enfermeira especialista em EMC.

Os estágios I e II decorreram de forma sequencial no período de março a julho de 2014 e o estágio III decorreu no período de Setembro a Fevereiro de 2015.

O interesse pela prestação de cuidados à pessoa em situação de isolamento sobrevém no decorrer dos estágios supracitados.

O desenvolvimento, económico e social, revela a necessidade de aquisição de novos conhecimentos, mudança de comportamentos/attitudes, conduzindo ainda ao desenvolvimento de competências preparando a resposta às necessidades da comunidade, mas também ao desenvolvimento pessoal. Benner (2001:18) afirma, *“as práticas excelentes do cuidar, tanto as de diagnóstico, de monitorização, de intervenção terapêutica, são relacionais e contextualizadas”*.

Apresentamos o objetivo geral deste relatório: Refletir acerca do percurso de desenvolvimento de competências através dos contributos obtidos no decorrer do curso.

Como objetivos específicos delineamos:

- Fundamentar o relatório com enquadramento concetual que suporte todo o trabalho efetuado;
- Apresentar o Projeto de Intervenção no Serviço (PIS), realizando análise crítica com recurso a fundamentação teórica, sintetizando o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista;
- Apresentar o Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC), realizando análise crítica com recurso a fundamentação teórica e sintetizando o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Cirúrgica (concretamente, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa);
- Analisara aquisição e o desenvolvimento das competências de Mestre em EMC.

De referir ainda que foi elaborado um artigo científico, que se encontra em Apêndice (Apêndice 1), e que será publicado oportunamente.

O presente documento encontra-se decomposto em cinco capítulos. No Enquadramento Concetual, o primeiro capítulo, apresentamos a fundamentação teórica do relatório, contextualizamos o Modelo de Conservação de Myra Estrin Levine, a Qualidade em Enfermagem e a Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS); No segundo capítulo, apresentamos o PIS, mostramos o trabalho que realizamos para desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista tendo desenvolvido o projeto nas suas



diferentes etapas no âmbito de uma problemática de enfermagem na área da especialidade; Segue-se o terceiro capítulo, onde descrevemos o PAC, consiste na síntese do trabalho realizado para a aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa Crítica (EEPSC) e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa Crónica e Paliativa (EEPSCP); No quarto capítulo, Análise das Competências de Mestre, apresentamos estas competências, a sua reflexão e a importância do seu desenvolvimento; Finalizamos com a Conclusão, quinto capítulo, onde apresentamos uma reflexão sobre todo o trabalho desenvolvido, através de uma síntese que efetuamos, analisamos os objetivos traçados inicialmente, apresentamos os aspetos facilitadores e constrangedores com que nos deparámos. Para enriquecer este relatório, integramos Apêndices e Anexos os quais se encontram no relatório, sendo referidos ao longo do mesmo para melhor demonstrar o trabalho desenvolvido.

Importa aclarar que, de forma a garantir o anonimato dos envolvidos, procedemos à codificação através de siglas, e, no caso de nomes, apagados, no caso dos documentos.

Foram respeitadas as orientações dos documentos: Normas de Elaboração de Trabalhos Académicos da ESS; Fundamentos, Enquadramento e Roteiro Normativo de Relatório de Trabalho de Projeto; e, Considerações Éticas a atender nos Trabalhos de Investigação Académica em Enfermagem. Para a referenciação bibliográfica utilizamos a NP-405 e respeitamos o Acordo Ortográfico instituído em Portugal.



## **1– Enquadramento Concetual**

Neste capítulo, apresentamos a fundamentação do relatório, mais concretamente acerca da Enfermagem, explicitando o Modelo da Conservação, de Myra Estrin Levine, como referencial teórico. Pretendemos ainda refletir sobre a Qualidade em Enfermagem, uma vez que os projetos que executamos pretendem contribuir para a melhoria da Qualidade dos Cuidados em Enfermagem, e contextualizamos a temática da IACS e as Medidas de Prevenção de Infecção associada à prestação de cuidados à pessoa em situação de isolamento de contacto.

O Modelo de Conservação de Levine, sendo que se constituiu como suporte ao trabalho desenvolvido, é apresentado de seguida.

### **1.1 - O Modelo de Conservação de Myra Estrin Levine**

Impõe-se a constituição de um aporte teórico conduzindo à reflexão sobre a Enfermagem Moderna. Para Tomey e Alligood (2004:2), *“a evolução das teorias de enfermagem tem sido uma procura da essência da enfermagem”*, pelo que procuramos apresentar qual o nosso espírito.

A história da enfermagem inicia-se com Florence Nightingale. Esta considerou as enfermeiras como *“um corpo de mulheres escolarizadas quando as mulheres não eram nem escolarizadas nem trabalhavam no serviço público”* (Tomey e Alligood, 2004:4). Desde então verificamos um grande desenvolvimento da profissão, sendo vivenciadas diferentes eras. Era do currículo, em que se questionava se as enfermeiras deviam estudar; a era da investigação, quando as enfermeiras começaram a procurar níveis mais elevados de formação e, perceberam que a investigação era o caminho; a era do ensino graduado, quando surgiram os cursos de mestrado; a era da teoria, onde se constata que a investigação sem teoria produz informação e com a teoria, produz ciência de enfermagem; e por último, a fase contemporânea, dando ênfase ao uso da teoria na prática e vice-versa (Tomey e Alligood, 2004).

Nightingale foi a pioneira no desenvolvimento da ciência da enfermagem, afirmando que a enfermeira coloca o doente nas melhores condições para que a natureza possa atuar (Tomey e Alligood, 2004).

Qualquer teoria possibilita autonomia profissional como também proporciona conhecimentos para melhorar a prática mediante a descrição, a explicação, a previsão e o controlo dos fenómenos. Qualquer prática terá que ser fundada numa teoria, a qual amparará as intervenções que empreenderemos. *“As teorias de enfermagem são construções, desde uma prática idealizada, com a finalidade de guiar as ações de enfermagem, a partir de quatro conceitos inter-relacionados: homem ou indivíduo, sociedade ou ambiente, saúde e enfermagem, os quais constituem os modelos e concepções filosóficas.”* (Rosa et al, 2010: 121).

De entre as diversas correntes de pensamento, a Enfermagem tem vindo a ser definida através de vários e distintos paradigmas que, em comum, remetem para os metaparadigmas – pessoa, cuidados de enfermagem, ambiente e saúde – que constituem os princípios, os valores e as crenças que orientam a disciplina.

A nossa procura conduziu-nos ao referencial teórico eleito: O Modelo de Conservação de Myra Estrin Levine.

Levine estabeleceu uma estrutura organizativa para o ensino da enfermagem médico-cirúrgica e um estímulo para o desenvolvimento da teoria (Tomey e Alligood, 2004). O Modelo de Conservação vê a saúde como um dos seus componentes essenciais. A conservação através do tratamento centra-se na integridade e reclamação da unidade da totalidade da pessoa.

Esta teoria está orientada para os sistemas que, segundo George et al (2000:17), *“...o homem é composto de muitas partes ou subsistemas que, quando juntos, são mais e diferentes do que a soma”*, sendo esta “máxima” o suporte da teoria Holística que Levine defendeu e que se caracteriza por (Tomey e Alligood, 2004):

- Reconhecer o homem como um todo dinâmico, em constante interação com o ambiente;
- Identificar quatro princípios de conservação: de energia, da integridade estrutural, da integridade pessoal e da integridade social do doente;
- Centralizar-se na intervenção da enfermagem, na adaptação e na reação dos doentes à doença;
- Observar o ser humano no seu todo e que depende da sua relação com os outros (dependência essa ligada aos quatro princípios de conservação);

- Recorrer à conservação da energia: reportando-se ao equilíbrio entre a energia de saída e a energia de entrada, com a intenção de evitar cansaço excessivo utilizando repouso, nutrição e exercícios adequados;
- Recorrer à conservação da integridade estrutural: alude à manutenção ou restabelecimento da estrutura do corpo, ou seja, a prevenção do colapso físico e consequentemente a promoção da cura;
- Recorrer à conservação da integridade pessoal: refere-se à manutenção ou recuperação da identidade e autoestima do doente;
- Recorrer à conservação da integridade social: no reconhecimento do doente como um ser social.

Quanto aos metaparadigmas – pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem – Levine define:

- Pessoa, como um todo dinâmico, em constante interação e adaptação com o ambiente.
- Saúde e doença geram respostas sistêmicas da pessoa ao meio ambiente mantendo e defendendo o seu todo, no seu próprio conceito de saúde.
- Ambiente, pode ser operacional, perceptivo e conceitual, sendo de difícil mensuração. As alterações internas e externas estimulam fisiologicamente os níveis de resposta do organismo.
- Cuidados de Enfermagem, têm como objetivo cuidar do outro quando ele está necessitado, esta relação tem como princípio ser temporária, procurando manter íntegros os mecanismos de defesa biológica fundamentais da pessoa.

Levine sugere que um problema ou potencial problema pode ameaçar à situação de saúde ou doença, pondo em causa os princípios propostos na teoria holística. Assim Flório (2003:635), *“A teoria de Levine é centrada na intervenção (cuidado) de enfermagem, na adaptação e na reação do paciente à doença. Essa estudiosa visualiza a enfermagem como um processo dinâmico, intencional; define a enfermagem como uma disciplina, e sua base é a dependência entre as pessoas, incluindo intervenções (cuidados) de enfermagem, com o propósito de apoiar ou promover a cura do paciente. O papel da enfermagem é manter a integridade da pessoa como um todo, utilizando os recursos de energia para restaurar o equilíbrio do organismo humano (homeostasia).”*

Compreendemos que Levine entende que o *ser humano* deve ser visto no todo, o que leva o indivíduo a um ser complexo que é dependente da sua relação com os outros, as dimensões dessa dependência está ligada com os quatro princípios de conservação, e que esta dependência existe em todas as passagens da sua existência, na sobrevivência; afirma também que o enfermeiro deverá estar consciente dessa dependência e estar preparado para atuar na transformação que o *stress* causado por algum desequilíbrio possa alterar o funcionamento do organismo humano. Levine acredita que o enfermeiro deve assumir a ajuda à pessoa para transformá-la e auxiliá-la na adaptação às mudanças oriundas da doença.

Levine entende a *enfermagem* como uma disciplina, o atendimento de enfermagem é um processo no qual as intervenções estão baseadas na avaliação, utilização dos princípios de conservação, reconhecimento de mudanças comportamentais; está centrado num método científico e promove o cuidado integral (Leonard, 1993).

A meta da enfermagem, segundo Levine (1973) é manter ou recuperar uma pessoa para um estado de saúde, através dos princípios de conservação.

Para Levine, conservação significa manter a unicidade ou o equilíbrio adequado e o propósito da conservação é a manutenção da integridade da pessoa.

Pelo apresentado entendemos que o Modelo de Conservação de Levine enaltece o ambiente onde a pessoa está inserida pelo que se relaciona com o controlo de infeção. A pessoa internada num ambiente hospitalar, em situação de isolamento de contacto, à qual se impõe manter a unicidade e o equilíbrio assim como a sua integridade, sofre diversas mudanças na sua totalidade e exige que se adapte de forma favorável ao restabelecimento do seu estado de saúde. A ação da enfermagem baseia-se na relação de ajuda, de acordo com a conservação, à adaptação e manutenção da singularidade encontrando estratégias para responder à situação de isolamento de contacto.

Segue-se a apresentação da Qualidade em Enfermagem.

## 1.2 - A Qualidade em Enfermagem

A questão da qualidade não é nova nem contemporânea ou mesmo consensual. Ao longo dos tempos, filósofos, historiadores e administradores, examinam o tema. Martins (2001) atesta que nos últimos anos, a questão da qualidade adquiriu grande importância tendo-se propagado, também, para o setor dos serviços, onde se inclui os serviços de saúde.

A qualidade é definida como *“um conjunto de propriedades de um serviço (produto) que o tornam adequado à missão de uma organização (empresa) concebida como resposta às necessidades e (...) expectativas de seus clientes* (Mezomo, 1995 citado por Martins, 2001). Concretamente no campo da saúde, Donabedian (1988) classifica qualidade como a obtenção de benefícios, sob o binómio ganhos / riscos, maximizando uma medida, atendendo aos recursos disponíveis e aos valores existentes (Martins, 2001).

A qualidade em enfermagem impõe a procura da melhoria e busca o sentido da excelência. Ciente disto, a Direção Geral de Saúde (DGS) reconhece que *“os serviços dependentes do Ministério da Saúde, para garantirem os direitos constitucionais dos cidadãos, assim como as suas preferências e expectativas, têm o dever de potenciar a qualidade da prestação de cuidados de saúde. É, portanto, necessário continuar a difundir e rapidamente sedimentar uma cultura de melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados oferecidos pelas unidades do Serviço Nacional de Saúde e pelas que por ele são contratualizadas.”* (DGS, 2011:5).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) define e publica os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001). Consequentemente, conduz à melhoria dos cuidados prestados e à reflexão do exercício profissional do enfermeiro.

Os padrões de qualidade foram apresentados em seis categorias de enunciados descritivos: (1) a satisfação do cliente, (2) a promoção da saúde, (3) a prevenção de complicações, (4) o bem-estar e o autocuidado, (5) a readaptação funcional e (6) a organização de cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Em 2011, o Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica define e publica os Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, onde apresenta o que deve ser feito pelo EEPSC em cada uma das categorias supracitadas, de forma a garantir a qualidade na prestação de cuidados (OE, 2011). Já em 2014, o Colégio aprova os Padrões de Qualidade da Especialidade de Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Estão identificadas cinco categorias de enunciados

descritivos: (1) satisfação do doente e família, (2) a promoção da qualidade de vida, bem-estar e alívio do sofrimento, (3) a prevenção de complicações, (4) a (re) adaptação funcional às perdas sucessivas e (5) a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2011).

Sendo a garantia de qualidade uma obrigação de todos os profissionais, percebemos que evidencia-se nas competências esperadas dos Enfermeiros de Cuidados Gerais, nomeadamente no Domínio Desenvolvimento Profissional, onde se estabelece que o Enfermeiro “*Contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem*” (OE, 2011:23).

Como competências comuns no domínio da melhoria Contínua da Qualidade, a OE (2010:3) definiu:

- a) Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;*
- b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;*
- c) Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.*

Ressalva-se que, dos Enfermeiros Especialistas é esperado que tenham um papel mais ativo, tendo uma maior responsabilidade neste âmbito.

Como suporte ao trabalho desenvolvido no PIS, contextualizamos a Infecção Associada aos Cuidados de Saúde com a evidência encontrada.

### **1.3 – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde**

Infecção comporta a invasão e a multiplicação de um agente infeccioso no organismo suscetível, motivando resposta imunológica do hospedeiro (Martins, 2001).

A infecção associada aos cuidados de saúde (IACS) é uma infecção adquirida pela pessoa em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, podendo afetar os profissionais no decorrer da sua atividade (DGS, 2007<sup>a</sup>).

Estranha-se a real proporção de IACS potencialmente evitáveis, mas segundo estudos realizados, conclui-se que pelo menos 20% da totalidade das infeções, provavelmente, serão evitáveis (Pina *et al*, 2010).

Surgiram vários programas a nível nacional, demonstrando a crescente preocupação com controlo da infecção hospitalar. O Plano Nacional Controlo Infecção (PNCI), foi apresentado



pela DGS, e *“visa, através de uma sistematização de registo, análise, interpretação e informação de retorno sobre a infeção nas unidades de saúde, conhecer a realidade nacional e reunir esforços para que, de forma organizada e concertada, a diminuição da incidência da IACS seja promovida a longo prazo em Portugal, contribuindo para a segurança do doente”* (DGS, 2007<sup>a</sup>:4). Apresenta como missão *“melhorar a qualidade dos cuidados prestados nas unidades de saúde, através de uma abordagem integrada e multidisciplinar para a vigilância, a prevenção e o controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde”* (DGS, 2007<sup>a</sup>: 4).

O PNCI definiu assim como linhas estratégicas *“a organização, o registo e monitorização; a comunicação, procurando dotar as unidades de saúde de instrumentos facilitadores da melhoria da organização dos serviços, da prestação de cuidados e da medição de resultados”* (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2011:20).

O Relatório Inquérito de Prevalência de Infeção de 2010 do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde visou determinar a prevalência de IACS adquiridas no hospital assim como a prevalência de infeções adquiridas na comunidade nos doentes internados. O estudo teve a participação de 97 hospitais. Verificou-se uma taxa de prevalência de infeção nosocomial de 11,7% em 9,8% de doentes e uma taxa de prevalência de infeção da comunidade de 22,5% em 22,3% de doentes. Numa perspetiva nacional a prevalência das Infeções Nosocomiais (IN) reflete a dimensão global deste efeito adverso da hospitalização. O número de infeções e a resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são uma inquietação, *“Os internamentos prolongados não só aumentam os custos diretos dos doentes ou dos pagadores como também os custos indiretos devidos a perda de produtividade. O aumento da utilização de fármacos, a necessidade de isolamento e o recurso a ulteriores estudos laboratoriais e outros meios diagnósticos, também contribuem para os custos”* (OMS, 2002).

A diminuição da taxa de infeção é percebida como um indicador de qualidade, compreende-se pois que a prevenção se impõe como garante da qualidade dos cuidados prestados (Campos *et al.*, 2006).

Os enfermeiros podem cooperar para a redução dos índices de infeção hospitalar, através da adoção de medidas de precaução (Souza *et al.*, 2011). As boas práticas, compreendemos, deverão ser uma constante no nosso exercício profissional.

De forma a dar cumprimento ao Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infecção, qualquer unidade prestadora de cuidados de saúde deverá ter uma Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar (CCIH), conforme legislação (DGS, 2007<sup>b</sup>). Esta CCIH é constituída por uma equipa multidisciplinar, a qual procederá a vigilância epidemiológica, a elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas, formação e informação a profissionais de saúde, utentes e visitantes, consultadoria e apoio (DGS, 2008<sup>a</sup>).

Pina *et al.* (2010) sustenta que no decorrer da prestação de cuidados à pessoa, se verifiquem ações que permitam a prevenção da transmissão cruzada de microrganismos. Estas ações serão a primeira barreira constituindo as Precauções Básicas e Isolamento.

De seguida apresentamos as medidas de Prevenção de Infecção associada à prestação de cuidados à pessoa em isolamento de contacto.

### **1.3.1 – Medidas de Prevenção de Infecção associada à prestação de cuidados à pessoa em isolamento de contacto**

Florence Nightingale, em 1859, definiu o seu objetivo e consequentemente formulou o primeiro conceito de enfermagem - colocar o cliente nas melhores condições a fim de que a natureza desenvolva a sua ação. A sua ação deu ênfase à necessidade de melhorar o ambiente para melhor assistir a pessoa. A teoria de Nightingale encontra-se ligada a teoria difundida por Levine, a qual reflete o ajustamento do indivíduo no ambiente que o rodeia (Figueiredo, 2005).

Em qualquer instituição de saúde se verifica um ambiente onde convivem pessoas infetadas e outras com risco elevado de contrair infecção. Wilson (2003) narra que os profissionais para além do uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), devem igualmente ter cuidado com o equipamento e materiais utilizados nos cuidados prestados à pessoa, controlo ambiental, manuseamento de resíduos hospitalares, prevenção e controlo da infecção. Neste âmbito, Pereira (2005:17) “*preconiza a existência em todos os serviços, de procedimentos escritos quanto à limpeza e desinfeção dos equipamentos, materiais e superfícies (...)*”.

Impõe-se aos profissionais de saúde deterem conhecimentos exclusivos relativos ao controlo de infeção prevenindo consequências desastrosas. Todos os profissionais deverão ter consciência da presença de fatores de risco e como os podem prevenir e ultrapassar. Os órgãos de gestão também deverão estar sensibilizados, pondo ao dispor dos profissionais meios que evitem ou minimizem o risco de infeções associados aos cuidados de saúde.

Para Martins (2001) o controle da infeção denota ser detentor de conhecimento da situação real do problema e estabelecer medidas que a solucionem ou a coloquem num plano aquém da média aceitável. A mesma autora define isolamento como a “*segregação de pessoas ou animais infectados durante o período de transmissibilidade da doença, em lugar e condições que evitem a transmissão do agente infeccioso aos susceptíveis*” (Martins, 2001:22).

A transmissão por contacto é a via mais comum e mais importante de transmissão de doenças infecciosas. A transmissão de microrganismos implica o contacto físico direto entre o profissional e a pessoa, ou mesmo entre doentes. A transmissão por contacto indireto envolve o contacto do doente com um objeto intermediário, geralmente inanimado, por exemplo objetos pessoais ou brinquedos. São exemplos de doenças que necessitam isolamento de contacto as infeções por bactérias multirresistentes, *clostridium difficile*, entre outros (Wilson, 2003).

Continuamente, apresentamos as várias etapas da metodologia de projeto desenvolvido de forma a dar resposta ao problema identificado.



## **2 – Projeto de Intervenção no Serviço**

Neste capítulo, apresentamos o PIS, desenvolvido no contexto dos estágios já referidos. De acordo com o Guia Orientador dos Estágios (Nunes e Ruivo, 2012), prevê-se que este sirva essencialmente para a aquisição/aprofundamento das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas.

A metodologia de projeto tem como *“objectivo principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projectos numa situação real. [Consiste] numa ponte entre a teoria e a prática”* (Departamento de Enfermagem 2013:3). As mesmas autoras identificam cinco etapas: Diagnóstico de Situação; Definição de Objetivos; Planeamento; Execução e Avaliação; e, Divulgação. Consequentemente, este capítulo está organizado em quatro subcapítulos, onde apresentaremos o Diagnóstico de situação; o Planeamento; a Execução, Avaliação e Divulgação; e, por último, Análise das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

### **2.1 – Diagnóstico de Situação**

O Diagnóstico de Situação equivale à primeira etapa da metodologia de projeto, a qual *“visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende actuar e mudar”* (Departamento de Enfermagem, 2013:10).

O preenchimento da ficha de Diagnóstico de Situação da ESS/IPS foi realizado em tempo oportuno (Apêndice 2), sendo este o documento orientador da etapa de diagnóstico, cujo preenchimento nos foi proposto no início da etapa diagnóstica, revelando-se fundamental enquanto fio condutor das etapas a desenvolver.

Importa que este diagnóstico se efetue *“num tempo rápido, de forma a possibilitar uma acção em tempo útil e suficientemente aprofundado que permita a implementação de medidas pertinentes e resolúveis”* (Departamento de Enfermagem, 2013:10).

A escolha pelo projeto a realizar relacionou-se com um interesse pessoal e com a necessidade de adquirir e melhorar competências na área do controlo de infeção.

A prevenção e o controlo da infeção associada aos cuidados é um dos enunciados descritivos do Colégio da especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da OE, permitindo nortear e referenciar a prática especializada. “(...) *face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção*” (OE, 2011:7).

A IACS é uma consequência da prestação de cuidados, que se relaciona com a gravidade da doença e a presença de co-morbididades.

O estabelecimento de barreiras físicas, do modo a limitar ou mesmo suprimir a transmissão de agentes infecciosos – Isolamento – aumenta com o nível de conhecimento sobre o modo de transmissão das infeções. Impõe-se evitar a propagação de doenças transmissíveis a todos aqueles que contactam com o doente, mas também entre doentes, assim como a contaminação do ambiente (DGS, 2008<sup>b</sup>).

Esta prevenção começa com a adoção de boas práticas por todos os profissionais de saúde. Verifica-se a existência de práticas recomendadas e cientificamente validadas como eficazes na diminuição da incidência de infeções, fortemente associado ao domínio da melhoria da qualidade (descrito nas competências comuns do enfermeiro especialista) (OE, 2007). Evidencia-se a importância dos profissionais que prestam cuidados conhecerem tais recomendações assim como compreenderem a importância da sua aplicação.

Procedeu-se, inicialmente, a uma entrevista não estruturada de carácter exploratório com a Sr.<sup>a</sup> Enfermeira-Chefe e com a Enfermeira Orientadora (que é concomitantemente elemento de ligação da CCI no serviço), onde se constatou a importância da temática em causa. Esta área foi anteriormente desenvolvida por uma estudante de especialidade tendo-se detetado a importância de dar continuidade a esta temática. Procurando envolver toda a equipa desde logo, abordaram-se os profissionais acerca da importância da temática solicitando a sua opinião, a qual se revelou favorável.

Optamos por retirar os apêndices da ficha de Diagnóstico de Situação da ESS/IPS pois serão apresentados integrados no relatório.

Apresentaremos as necessidades do serviço com o objetivo de identificar e explorar os problemas potenciais.

### 2.1.1 – Necessidades do Serviço

O conhecimento anterior do serviço onde decorreram os estágios simplificou a identificação das necessidades e a nossa adaptação. Impôs-se a necessidade de olhar o serviço com uma visão diagnóstica. Importa a descrição do SCG para compreender a sua dinâmica e funcionamento (Apêndice 3).

O CHM evoca como missão *“a promoção da saúde a todos cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa”* (Site do CHM).

O SCG assume como missão *“disponibilizar e realizar cuidados de saúde de qualidade na área de especialidade de Cirurgia Geral a todos os doentes da área de influência do Centro Hospitalar (...)”* (Plano de Ação do Serviço de Cirurgia Geral, 2011:2). Apresenta como dever: *“1. O aumento da atividade programada face à atividade cirúrgica urgente nas situações em que as mesmas sejam passíveis de programação; 2. Atingir um tempo de espera cirúrgico dentro dos standards de referência nacional e resolução das situações de cariz oncológico tendo por bases os critérios de resposta em tempo clinicamente aceitável; 3. Direcionar a sua atividade para o regime de cirurgia de ambulatório; 4. Garantir o tratamento de doentes de acordo com as normas internacionalmente aceites/preconizadas; 5. Promover a especialização em técnicas cirúrgicas recentes e inovadoras”* (Plano de Ação do Serviço de Cirurgia Geral, 2011:2).

Pretendíamos atuar numa área que permitisse a obtenção de benefícios reais ao SCG, visando a melhoria da qualidade, mas que consentisse a motivação pessoal para o desenvolvimento do projeto.

Após uma entrevista não estruturada de caráter exploratório com a Enfermeira Chefe e a Enfermeira Orientadora, concluiu-se que as necessidades sentidas impõem trabalhar no âmbito dos isolamentos.

Em seguida explicamos a pertinência do tema selecionado.

### 2.1.2 – Aplicação da Ferramenta Diagnóstico

Neste momento concretizamos o problema e, ainda, justificamos a sua pertinência. De acordo com Departamento de Enfermagem (2013:12), “(...) *um dos aspectos mais importantes consiste na avaliação da qualidade e pertinência do problema*”. Existem variados métodos ao dispor de quem utilizada a metodologia de projeto. É possível a utilização de diversos métodos de colheitas de dados, entre eles a observação, a entrevista não estruturada ou a entrevista semiestruturada, o questionário entre outros (Fortin, 1999). Os métodos escolhidos deverão ser adaptados ao problema, pelo que, só após refletir acerca das temáticas é que foram escolhidas as ferramentas a aplicar, sendo estas:

- Entrevistas não estruturadas à equipa do SCG;
- Análise SWOT;
- Observação não participante da prestação de cuidados à pessoa em situação de isolamento de contacto.

O conhecimento da equipa de enfermagem e equipa de assistentes operacionais (AO) do SCG permitiu estabelecer uma relação de confiança com os elementos das equipas e as pessoas internadas em situação de isolamento de contacto. Este facto permitiu a integração na dinâmica das equipas assim como facilitou a obtenção do consentimento oral para a participação na observação.

Procuramos desde cedo envolver a equipa no projeto, pelo que, informalmente, os profissionais do SCG foram abordados acerca da importância da temática através de entrevistas não estruturadas com elementos da equipa de enfermagem e equipa de AO. Estas entrevistas decorreram em diferentes turnos, recorrendo a perguntas abertas, com o objetivo de fundamentar o nosso diagnóstico mas também permitir o seu envolvimento. A sua opinião revelou-se favorável.

A utilização da análise SWOT permitiu-nos sistematizar os principais aspetos sobre o problema. A análise SWOT é “*uma das técnicas mais utilizada na investigação social, quer na elaboração de diagnósticos, quer em análise organizacional*” (Santos, 2009:14). Possibilita refletir e equiparar os fatores positivos e negativos identificados em relação ao problema em questão. Nos fatores positivos, incluímos as *forças enquanto* elementos favoráveis e internos ao próprio sistema, sendo que as *oportunidades* têm origem exógena; nos fatores negativos incluímos as *fraquezas* vistas como as desvantagens, de carácter interno, mas os constrangimentos ou *ameaças* são fatores



que provêm do exterior, que tendem a prejudicar o sistema (Santos, 2009). Após reflexão, foi elaborada então a SWOT (Apêndice 4). A apresentação da análise da SWOT é descrita através dos quatro pontos que a constituem: S (Forças), W (Fraquezas), O (Oportunidades) e T (Ameaças). Da análise desta ferramenta, foi possível perceber que os fatores positivos de ordem interna – Forças - são claramente superiores, o que demonstra um ambiente interno favorável para a implementação de um projeto nessa área.

Concretizamos, de seguida, o problema identificado.

### **2.1.3 – Definição do Problema**

Impõe-se a existência de ações, em todos os momentos da prestação de cuidados, que previnam a transmissão cruzada de microrganismos, tornando-se a primeira barreira de segurança – Isolamento (PINA *et al.*, 2010). A execução das recomendações de isolamento é uma necessidade incontornável e insubstituível.

As Precauções Universais enfatizam que a prevenção da disseminação da infeção pessoa/profissional é tão importante quanto pessoa/pessoa e as precauções adequadas deverão ser aplicadas universalmente.

A prática permite finalizar a tendência, generalizada, para as pessoas com infeções, mesmo que transmissíveis, se manterem nos serviços correspondentes às patologias que causaram o internamento. Esta rotina cria situações de risco de transmissão IACS. Importa, pois, estabelecer medidas básicas que visem a prevenção da transmissão da infeção, baseadas nas fontes e vias de transmissão de cada tipo de infeção - por via aérea, por gotículas ou por contacto (direto ou indireto).

O isolamento de contacto visa a diminuição do risco da transmissão de microrganismos através do contacto direto ou indireto (Bolick *et al.*, 2000; Siegel *et al.*, 2007).

A transmissão por contacto direto implica contacto pele a pele e a consequente transferência de microrganismos a um hospedeiro suscetível, de um indivíduo infetado ou colonizado (Wilson, 2003). Ao contacto indireto é necessário o contacto de um hospedeiro suscetível com um objeto contaminado, o qual serve de mediador, encontrando-se nas proximidades do utente (Ministério da Saúde, 2008).

Atendendo que é requerido ao enfermeiro o seu envolvimento na prevenção e controlo da infeção, e o enfermeiro especialista tem uma responsabilidade acrescida neste âmbito, e visando o cumprimento das boas práticas na área da prevenção e controlo de infeção, todos os profissionais deverão seguir as designações vindas da CCIH, a qual desempenha um papel primordial na melhoria contínua da qualidade, nomeadamente as indicações dos procedimentos de precauções básicas e isolamento (consoante a via de transmissão).

Concretamente no HMS, o inquérito de prevalência (IP) realizado em 2012, aplicado a todos os doentes com internamento superior a 24, revelou a prevalência de doentes com IACS de 13,6%. No SCG, num total de 37 doentes estudados dos quais 6 apresentavam IACS, foi aferida uma prevalência de 16,2% de doentes com IACS. Na globalidade do inquérito assinalaram-se 32 IACS em 29 doentes. Impõe-se, pois, proceder à caracterização microbiológica das IACS, tendo-se concluído a percentagem de *Staphylococcus aureus resistente à meticilina*(MRSA) no dia do IP de 71,4% (Relatório Inquérito de Prevalência de Infeção, HMS, 2012).

De acordo com Martins (2001), a taxa de transmissão de um hospital reflete a eficácia do controlo de infeção do serviço em causa. É sabido que doentes colonizados com MRSA frequentemente adquirem infeções graves.

Foi solicitada autorização para a realização do presente PIS a quem de direito, nomeadamente, Autorização Enfermeira Diretora (Anexo 1), Autorização Diretor Serviço (Anexo 2) e Autorização Enfermeira-Chefe (Anexo 3).

Nesta linha de pensamento procedeu-se à elaboração de uma grelha de observação dos procedimentos realizados pelos enfermeiros e AO, com o objetivo de identificar e analisar as ações dos elementos da equipa de enfermagem e da equipa de assistentes operacionais, relativos aos procedimentos sobre Precauções de Isolamento a aplicar à pessoa em situação de isolamento de contacto (Apêndice 5). A referir que foi assegurado o consentimento dos profissionais para a aplicação da supracitada grelha.

A referida grelha foi aplicada por observação não participante, e conduzida de modo aberto, sem interferir com a dinâmica do serviço em questão e mantendo o anonimato dos profissionais.

A grelha foi aplicada no período de junho de 2014, tendo a fase de pré-teste permitido proceder à colheita de dados, não sendo necessário realizar alterações pois verificou-se a sua aplicabilidade. *“Um estudo de observação é o que consiste em colocar questões*

*relativas a comportamentos humanos aparentes ou acontecimentos e obter respostas a essas questões por meio da observação direta dos comportamentos dos sujeitos ou dos acontecimentos, num dado período de tempo ou segundo uma frequência determinada*” (Fortin, 1999:241). A grelha elaborada consistiu na observação da ação da equipa quanto aos cuidados a ter aquando da prestação de cuidados à pessoa em situação de isolamento de contacto (colocação do doente, higienização das mãos e utilização de EPI). Não consideramos a formação da equipa, a experiência e/ou anos de serviço. As observações ocorreram nas duas alas do SCG nos turnos da manhã. Os registos foram realizados em suporte de papel na grelha elaborada inicialmente, sendo obtido o consentimento do profissional e da pessoa em situação de isolamento de contacto.

Realizaram-se as observações após o que se analisaram os dados auferidos, calculando-se a percentagem de atitudes corretas ou incorretas por parte da equipa em questão. Foram efetuadas 32 observações aquando da prestação direta de cuidados, das quais 16 a elementos da equipa de enfermagem e 16 a elementos da equipa de AO.

De acordo com a revisão bibliográfica executada, distinguimos 3 âmbitos a observar:

- Colocação do Doente;
- Higienização das Mãos;
- Utilização de EPI.

Recorreu-se para o tratamento de dados a análise quantitativa recorrendo ao programa Excel, após o que elaboramos o relatório “Apresentação e Análise dos Resultados das Observações”, facilitando, assim, a análise dos dados. Os referidos resultados poderão ser analisados em apêndice, dada a sua extensão (Apêndice 6). O resultado dos dados obtidos permitiram concluir que quer a equipa de enfermagem quer a equipa de AO não estavam a prestar os cuidados à pessoa em situação de isolamento de contacto, de acordo com os procedimentos recomendados. A observação permitiu adoção de medidas corretivas e preventivas com o intuito de minimizar ou cessar o problema identificado.

O problema geral centra-se na atuação que não limita ou suprime a propagação de doenças provocadas por microrganismos transmissíveis. De referir que *“os internamentos prolongados não só aumentam os custos directos dos doentes(...) como também os custos indirectos devidos a perda de produtividade. O aumento da utilização de fármacos, a necessidade de isolamento e o recurso a ulteriores estudos laboratoriais e outros meios de diagnóstico, também contribuem para os custos”* (OMS, 2002).

Analisado o problema, é possível identificar os problemas parcelares (para o qual contribuíram as ferramentas diagnósticas previamente apresentadas), que são os seguintes:

- Necessidade de uniformização de procedimentos sobre Precauções de Isolamento em vigor no CHM – HMS;
- Níveis de formação desiguais relativamente às Precauções de Isolamento.

Se o objetivo geral é um enunciado de intenção que define os resultados esperados, os objetivos específicos visam uma maior objetividade, sendo estes quantificáveis e na forma de comportamentos observáveis (Mão de Ferro, 1999).

Nesta sequência, o Objetivo Geral é *Promover a segurança dos cuidados à pessoa num Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital da Margem Sul em situação de isolamento.*

Para conseguir materializar o objetivo definido, definimos Objetivos Específicos:

1. *Divulgar junto da Equipa Multidisciplinar informação atualizada sobre a temática Precauções de Isolamento;*
2. *Melhorar os procedimentos da Equipa Multidisciplinar relativamente às Precauções de Isolamento;*
3. *Avaliar a implementação do projeto;*
4. *Divulgar o projeto.*

Expomos seguidamente o Planeamento do Projeto, onde se perspetiva como iremos dar resposta ao Problema anteriormente apresentado.

## **2.2 – Planeamento do Projeto**

Delineamos agora um plano detalhado do projeto. A ficha de Planeamento do Projeto da ESS/IPS foi preenchida em tempo oportuno e encontra-se em apêndice (Apêndice 7), não se encontrando na mesma os seus apêndices pois foram integrados no decorrer do relatório. O “*processo de planificação, funciona como um processo de transformação de representações (...) é um lugar de meditação e de tratamento explícito de realidades*” (Barbier, 1996:140). O Planeamento do Projeto, devendo ser bem definido, concretizável e realista, surge estruturado em quatro pontos a apresentar, nomeadamente Atividades, Estratégias e Indicadores de Avaliação; Recursos; Constrangimentos; e, Aspetos Éticos.

### 2.2.1 – Atividades, Estratégias e Indicadores de Avaliação

A atividade é um dado realizado ao longo do projeto que tem uma duração conjecturada, prevendo-se a utilização de recursos (Departamento de Enfermagem,2013). Naturalmente, expomos as atividades/estratégias que à desenvolver com o intuito de dar resposta aos objetivos específicos delineados, bem como os indicadores de avaliação para cada atividade, enquanto permitem quantificar se o respetivo objetivo foi atingido, permitindo avaliar a eficácia do projeto. As estratégias correspondem ao modo como os objetivos são atingidos, *“têm como objetivo principal utilizar de forma eficaz os recursos (...) disponíveis (...) para a execução do projeto”* (Departamento de Enfermagem,2013:21).

Desta forma projetamos atividades, estratégias para cada um dos objetivos delineados para a realização do projeto, as quais se apresentam na ficha de Planeamento do Projeto da ESS/IPS. Remetemos para a necessidade de realizar a leitura e análise atenta do Apêndice 7 como forma fundamental de compreender o planeamento da nossa ação. Optamos por não o apresentar aqui de forma a não duplicar a informação apresentada.

Apresentamos, seguidamente, os recursos necessários à articulação das intervenções.

### 2.2.2 – Recursos

Neste momento planeamos a utilização de recursos, quer humanos quer materiais, e de um plano do tempo necessário previsto para cada atividade a desenvolver. Este planeamento permite-nos a perceção de todas as atividades, conduzindo-nos à melhor gestão do mesmo. Projetamos as atividades a desenvolver no decorrer do tempo previsto nos Estágios, ou seja, de março de 2014 a janeiro de 2015 (Apêndice 8).

No decorrer do PIS articulamos a nossa ação com:

- Docente Orientadora;
- Enfermeira Chefe SCG ( no decorrer do projeto vivenciaram-se duas chefias de enfermagem);
- Enfermeira Orientadora;
- Enfermeira responsável pela Formação em Serviço do SCG (mantendo a sua ação ligada ao Departamento de Formação, o qual sugeriu que a formação planeada fosse realizada em contexto de formação em serviço);

- Enfermeira responsável pelo serviço CCIH;
- Equipa de Enfermagem do SCG;
- Equipa de AO do SCG.

Da intervenção de todos os profissionais supracitados procuramos obter os contributos profissionais, científicos e metodológicos com os quais desejamos enriquecer o projeto.

Outros recursos a utilizar:

- Computador com acesso à Internet;
- Computador com acesso à rede virtual (Virtual Private Network - VPN) do IPS;
- Computador com acesso à Intranet da instituição;
- Computador com programa de edição de texto e edição de apresentações multimédia;
- Impressora;
- Papel e caneta;
- Equipamento de projeção.

Atendendo a que os projetos nem sempre decorrem exatamente como o planeado, manifestamos os constrangimentos passíveis de ocorrer e de que forma serão ultrapassados.

### **2.2.3 – Constrangimentos e forma de os ultrapassar**

Na fase de diagnóstico foram identificados possíveis constrangimentos passíveis de influenciar negativamente o desenvolvimento do PIS. Por forma a minimizar possíveis resultados negativos, planeamos diversas estratégias:

- Dificuldade em realizar as atividades determinadas em tempo útil. Procuramos adaptar o PIS à realidade do SCG; Organizamos um cronograma de atividades rigoroso de acordo com o calendário escolar.
- Falta de adesão/interesse por parte da equipa de enfermagem e equipa de AO para participar nas ações de formação. Realizamos entrevistas não estruturadas com a equipa de enfermagem e equipa de AO procurando incentivar a sua participação,

demonstrando a importância do seu envolvimento no PIS. Planeamos a divulgação das sessões de formação utilizando um cartaz informativo, tendo sido afixado na sala de enfermagem e colocado no livro de ocorrências da equipa de AO. Planeamos a replicação das sessões de formação dentro do horário laboral, abrangendo o maior número possível de elementos. Atendendo que a formação realizada o foi no âmbito da formação em serviço, funcionou como estratégia promotora de motivação/interesse (obtenção de certificado de participação válido para o *curriculum vitae* (CV) para a adesão e correta utilização de EPI.

Posteriormente ao arranque deste projeto, surgiu um possível constrangimento relacionado com alteração da chefia de enfermagem, procuraremos no entanto ser elementos facilitadores da integração da nova Enfermeira Chefe neste projeto, observando, buscando e integrando as suas sugestões.

O nosso projeto decorreu simultaneamente com outros PIS realizados, também, no âmbito do MEMC. Procuramos unir esforços no sentido de promover mudanças no SCG com o objetivo principal da melhoria contínua da qualidade visando a motivação da equipa.

Impõe-se a reflexão sobre aspetos a respeitar no projeto, pelo que apresentamos de seguida os aspetos Éticos.

#### **2.2.4 – Aspetos Éticos**

*“A ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Na persecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano”* (Fortin, 2009:113).

Cumprimos criteriosamente os princípios éticos e deontológicos que se impõe ao desenvolvimento deste projeto, no qual salientamos a obtenção de consentimento informado e o anonimato dos participantes.

Foi solicitada e concedida autorização para a realização do presente PIS, nomeadamente, Autorização Enfermeira Diretora (Anexo 1), Autorização Diretor Serviço (Anexo 2) e Autorização Enfermeira-Chefe (Anexo 3).

Relembramos que este trabalho foi elaborado tendo em conta as Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica em enfermagem (Departamento de Enfermagem, 2013) nomeadamente, procedemos à formulação de um problema concreto e fundamentado; procedemos à referenciação das fontes utilizadas; o projeto foi autorizado pela instituição; foi assegurado o anonimato dos participantes no projeto, tendo sido removida a identificação da instituição.

A Execução, Avaliação e Divulgação é apresentado de seguida.

### **2.3 – Execução, Avaliação e Divulgação**

A Execução, Avaliação e Divulgação são etapas desenvolvidas no decorrer do estágio III.

A Execução *“materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado”* (Departamento de Enfermagem, 2013:23).

De acordo com Leite, Malpique e Santos (2001) a avaliação deve ser feita ao longo do percurso desenvolvido procurando contribuir para a elaboração da Avaliação Final. A Divulgação impõe-se pois só com a difusão, os resultados serão úteis e terão repercussão quer na comunidade científica quer na sociedade em geral (Fortin, 2009). É mesmo entendida como um dever ético do investigador (Departamento de Enfermagem, 2013).

De acordo com o planeamento a execução decorreu naturalmente ao longo do nosso percurso. A avaliação permitirá dar visibilidade ao nosso projeto, sendo realizada de forma contínua, permitindo a readaptação dos objetivos, comparando-se os objetivos inicialmente delineados e os objetivos alcançados.

Os parâmetros Execução e Avaliação serão apresentados simultaneamente partindo dos objetivos específicos delineados, designadamente:

- 1. Divulgar junto da Equipa Multidisciplinar informação atualizada sobre a temática Precauções de Isolamento;*
- 2. Melhorar os procedimentos da Equipa Multidisciplinar relativamente às Precauções de Isolamento;*
- 3. Avaliar a implementação do projeto;*
- 4. Divulgar o projeto.*



## 1º Objetivo Específico

*Divulgar junto da Equipa Multidisciplinar informação atualizada sobre a temática Precauções de Isolamento.*

Destacamos que a pesquisa bibliográfica na área da formação em serviço realizada se alicerçou nos princípios da Revisão Sistemática da Literatura atendendo à necessidade de revisão, identificação da literatura, seleção dos estudos, avaliação da qualidade dos estudos e extração e síntese dos dados. Assim, escolhemos palavras-chave para executar pesquisa na internet, com os termos selecionados, e em bases de dados com reconhecido mérito científico seleccionámos vários artigos científicos e *guidelines*.

A **Revisão Bibliográfica** foi projetada de março 2014 a janeiro 2015 conforme cronograma planeado (Apêndice 8). Deste modo desenvolvemos o Enquadramento Concetual do presente trabalho. Procedemos à consulta nas bibliotecas do IPS procurando bibliografia sobre a temática em estudo, nomeadamente na ESS, Escola Superior de Ciências Empresariais (ESCE) e Escola Superior de Educação (ESE), bem como na internet com termos associados a Enfermagem em bases de dados como EBSCO, COCHRANE e B-ON, consulta na *intranet* do CHM - HMS dos documentos disponibilizados, respeitando os princípios da Revisão Sistemática de pesquisa. Partimos da questão “quais as evidências sobre a otimização de práticas na prestação de cuidados à pessoa em isolamento de contacto?”. Utilizamos os termos “prestação de cuidados”, “isolamento”, “isolamento de contacto”, “prestação de cuidados à pessoa em isolamento de contacto”, “EPI”, “prevenção e controle de infeção” em português e em inglês.

O **indicador de avaliação** desta atividade é a **apresentação de revisão da literatura no enquadramento conceptual** no relatório, no qual apresentamos os dados de maior evidencia que serviram de suporte para o desenvolvimento de todo o PIS mas também do PAC, o qual será apresentado mais à frente neste relatório. Consideramos ter realizado esta atividade com êxito.

Após a fundamentação do que consistia esta metodologia, arrematamos, tal como Ramalho (2005:30) afirma, a revisão bibliográfica narrativa, é mais ampla e tem como objetivo “*promover o enfoque multidisciplinar ou clarificar ideia*”.

No decorrer do nosso projeto planeámos a **construção de Dossier temático** relativo ao controlo de Infeção – Isolamentos. Este dossier teria como objetivo sensibilizar a equipa

para a problemática do controlo de infeção, concretamente no decorrer da prestação de cuidados à pessoa em situação de isolamento – contacto. Preconizámos que o mesmo contemplaria recomendações e informações da DGS, legislação relativa aos EPI, normas sobre EPI, artigos acerca da importância dos EPI, assim como pelo Procedimento em vigor no CHM - HMS. A sua elaboração não foi concluída em suporte papel pois, após a pesquisa realizada sobre o tema a trabalhar, em conjunto com a Enfermeira Orientadora e a Enfermeira responsável da CCI constatamos que toda a informação relevante se encontra disponível na intranet da instituição. É preconizado terminar com os documentos em papel e incentivar a utilização da intranet para proceder à procura e atualização de informação. Optamos por reunir toda a informação em suporte digital numa pasta colocada no ambiente de trabalho do computador na sala de registos, onde incluímos normas e procedimentos em vigor na instituição. Realçamos que esta atividade visa sensibilizar a equipa para a problemática da IACS e para a importância de adotar boas práticas no que diz respeito ao controlo de infeção e utilização de EPI.

O **indicador de avaliação** desta atividade é a **apresentação de dossier temático** relativo ao controlo de Infeção – Isolamentos pelo que foi realizada e concluída.

A **Disponibilização à Equipa do Dossier temático** em suporte de papel não ocorreu, conforme acima referido. Atendendo que a nossa população alvo é a equipa de enfermagem e a equipa de AO, sendo que esta última poderá sentir alguma dificuldade em aceder aos documentos na intranet optamos por reunir toda a informação numa pasta colocada no ambiente de trabalho do computador na sala de registos. A divulgação de toda a informação ocorreu em reunião com a equipa. Esta atividade permitiu a discussão de informação tão importante assim com o serviu de incentivo à utilização dos meios disponibilizados pela instituição como forma rápida de aceder a essa informação, principalmente entre a equipa de AO. Esta ação permitiu à equipa a partilha de informação, assim como facilitou, principalmente entre a equipa de AO, integrar a importância do papel que desempenham dentro da equipa multidisciplinar do SCG. Pretende-se a sua consulta como forma de dar resposta às dúvidas que poderão persistir.

O **indicador de avaliação** desta atividade planeada inicialmente foi a **apresentação de dossier temático** relativo ao controlo de Infeção – Isolamentos. Consideramos que a nossa ação foi bem sucedida, tentamos envolver ambas as equipas no processo tornando-as cientes do seu papel na prestação de cuidados à pessoa em situação de isolamento de

contacto, contribuindo assim para a prestação de cuidados de excelência visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

## **2º Objetivo Específico**

*Melhorar os procedimentos da Equipa Multidisciplinar relativamente às Precauções de Isolamento.*

Procedemos à realização de pesquisa bibliográfica acerca da temática em mãos sendo este o ponto de partida para a realização da ação de formação referente aos procedimentos relativos às Precauções de Isolamento.

Efetivámos a **calendarização e marcação de ação de formação** sobre os procedimentos relativos às Precauções de Isolamento, em articulação com a Sra. Enfermeira responsável pela formação em serviço. A sua divulgação foi realizada através de Cartaz (Apêndice 9 e Apêndice 10).

O **indicador de avaliação** desta atividade é a **apresentação de Cartaz de divulgação** da ação de formação pelo que consideramos tê-la realizado com êxito. O cartaz foi afixado nas salas de passagem de turno, salas de registos de enfermagem e livro de ocorrências da equipa de AO. Procedemos à sua divulgação, também, na rede social *Facebook*, num evento privado à equipa do SCG. A utilização da rede social como método de divulgação da nossa ação foi motivo de agrado.

Planeámos a **Criação de dispositivos de sinalética de identificação do Isolamento no serviço** (quadro de doentes da sala de trabalho, entrada do quarto/unidade do doente). Atendendo que existe sinalética em uso no CHM – HMS e que a sua alteração ou substituição implicaria pedidos de autorização ao Conselho de Administração e posterior aprovação, embora o nosso projeto tenha sido desenvolvido em estreita ligação à CCI, não concretizámos esta atividade tal como planeada. A avaliação contínua e as dificuldades que surgem no decorrer do projeto conduziram-nos à reflexão contínua sobre o processo de implementação do projeto e à reformulação das atividades planeadas. Julgamos que este aspecto acaba por enriquecer o nosso PIS.

O **indicador de avaliação** desta atividade é a **apresentação de dispositivos de sinalética de identificação do Isolamento**. Em conjunto com a Sr.<sup>a</sup> Enfermeira-Chefe e a Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Orientadora, atendendo que após a mudança da chefia de enfermagem, nos foi

solicitado, relativamente à ação de formação à equipa de assistentes operacionais, um acréscimo significativo à informação a divulgar e a trabalhar, optamos, numa tentativa de rentabilização, por proceder à divulgação da sinalética em uso no SCG. Cremos na importância desta decisão pela utilização daquela em todas as situações de pessoa em situação de isolamento de contacto, o que nem sempre ocorreu em tempo útil após a identificação de um caso de isolamento antes da implementação do projeto. Este aspecto é visível no relatório de Apresentação e Análise dos Resultados das Observações. Também os dispositivos de sinalética de identificação do Isolamento integram a pasta disponibilizada à equipa.

**Treinar a Equipa (Enfermeiros e Assistentes Operacionais) nos procedimentos relativos às Precauções de Isolamento** impõe-se. Reconhecemos a importância do treino. Fahey *et al.*, (1991) citado por Wilson (2003), defendem “*A adopção de padrões de rotina de controlo de infeção depende de uma formação e treino regulares e apropriados que garantam que todos os profissionais de saúde compreendam os procedimentos e saibam quais os padrões de cuidados que se espera deles*”.

A prevenção das IACS depende diretamente da implementação de estratégias com vista à implementação das recomendações nomeadamente o envolvimento da equipa; estabelecer um programa de formação; observação e informação dos resultados obtidos com a campanha; assegurar clima institucional e apoio estrutural para a execução da campanha (Provonost *et al*, 2006; Sousa Dias, 2010).

Entendemos como fundamental a existência de estratégias de prevenção para uma prestação de cuidados de excelência. Realçamos a importância da formação e da informação dos profissionais de saúde.

A formação permite o desenvolvimento de capacidades de aprendizagem ao longo da vida assim como a construção de percursos formativos personalizados em função do perfil de cada pessoa. Evidencia-se o desenvolvimento de intervenções formativas totalmente orientadas para a obtenção de resultados, pois as organizações estão centradas na gestão e avaliação do respetivo capital de conhecimentos visando a qualidade.

A realização da formação planeada procurou abranger o maior número possível de profissionais das duas categorias profissionais. Planeámos sessões independentes consoante a categoria profissional a trabalhar. Antecipadamente elaborámos o plano da

ação de formação para a equipa de enfermagem (Apêndice 11) e o plano da ação de formação para a equipa de AO (Apêndice 12), preparámos os diapositivos de suporte à ação de formação para a equipa de enfermagem (Apêndice 13) tal como os diapositivos de suporte à ação de formação para a equipa de AO (Apêndice 14) tendo os mesmos sido discutidos com a Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Orientadora, Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Chefe e Sr.<sup>a</sup> Professora Orientadora. Aqui, escolhemos abordar o tema apoiados em normas e procedimentos da instituição, na divulgação dos dados e recomendações nacionais e internacionais de práticas recomendadas, comparar os dados obtidos após a observação das práticas de cuidados como alicerce à nossa partilha de informação.

Relativamente à equipa de enfermagem planeamos 6 sessões de duração de 45 minutos, as quais ocorreram em três dias diferentes, no horário compreendido entre as 9h -12h e 13h-16h. Neste período decorreram também mais duas formações no âmbito de PIS de duas colegas do MEMC. Este aspecto revelou-se fundamental para abranger o maior número possível de profissionais. As sessões realizadas à equipa foram, primeiramente, de carácter expositivo, com o objetivo que a equipa reconhecesse que poderá melhorar futuramente atendendo ao que está preconizado visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, e num segundo tempo uma vertente prática. O mesmo ocorreu nas sessões à equipa de AO. Relativamente à equipa de AO procuramos que conseguisse a interiorização da importância do seu papel enquanto profissionais, levando à reflexão dos riscos a que expomos a pessoa a quem são prestados cuidados mas também aos riscos da exposição pelo profissional. Esta ação proporcionou a reflexão e decisão sobre as medidas corretivas possíveis de aplicar para minimizar esses riscos. Realçamos os conteúdos aqui abordados, pois a pedido da Sr.<sup>a</sup> Enfermeira-Chefe foram visados também os Resíduos, o Controlo Ambiental e o Manuseamento Seguro da Roupas. Foram planeadas, e cumpridas, duas sessões de formação, de duração de 60 minutos.

No final das sessões procedeu-se à avaliação da ação de formação recorrendo ao impresso existente no CHM – HMS, atendendo que a formação realizada se apresentou como formação em serviço, concluindo-se que a mesma foi ao encontro das expectativas da equipa pela importância que reconhece às boas práticas que consequentemente minimizem a hipótese de infeção cruzada, diminuindo a taxa de infeção do serviço. Realizámos a avaliação da ação de formação para a equipa de enfermagem (Apêndice 15) e a avaliação da ação de formação para a equipa de AO (Apêndice 16).

O **indicador de avaliação** desta atividade é a **apresentação do Plano da ação de formação; apresentação de Diapositivos de suporte à ação de formação; Realização de sessão de formação à equipa de enfermagem e assistentes operacionais; Avaliação da ação de formação.** Importa abranger o maior número de profissionais possível. Aos elementos a quem não foi possível realizar formação (profissionais em situação de férias, ausências ou os elementos a assegurar o serviço naquele horário), foi garantido que pelo menos cada chefe de equipa presenciou a formação, proporcionando durante os turnos momentos em que se replicou a mesma, para que este em momento oportuno transmita a informação aos pares. De forma a avaliar pormenorizadamente as ações de formação realizadas às equipas de ambas as categorias profissionais procedemos à elaboração do Relatório de Avaliação Ação formação Equipa Enfermagem (Apêndice 15) e de Avaliação Ação formação Equipa assistentes Operacionais (Apêndice 16), sendo a sua leitura imprescindível à compreensão da avaliação efetuada. Remetemos ambos os documentos para apêndice procurando facilitar a leitura deste relatório e com o intuito de tornar mais fácil a sua consulta.

A referir que já existe no SCG um Procedimento sobre Precauções de Isolamento. A divulgação do projeto na equipa é decisiva para o sucesso do projeto. É um trabalho árduo, mas que, quando bem sucedido, garante o sucesso do projeto. **Divulgar o Procedimento existente no HMS por toda a Equipa** é a atividade a que nos propusemos. O Procedimento sobre Precauções de Isolamento existente na instituição encontra-se disponível na intranet para sua consulta pelos profissionais. Ainda assim consideramos que essa mesma consulta possa estar dificultada, por razões diversas, principalmente à equipa de AO pelo que optámos por incentivar a utilização deste recurso disponível em todos os computadores do SCG.

O **indicador de avaliação** desta atividade é a **apresentação de material de suporte produzido para as apresentações das sessões**, assim como colocar o incentivo à utilização do procedimento referido anteriormente pelo que consideramos tê-la realizado com êxito. O Procedimento em causa integra a pasta disponibilizada à equipa em suporte digital.

### 3º Objetivo Específico

*Avaliar a implementação do projeto.*

No decorrer da construção do presente trabalho foi necessário a **Reflexão contínua sobre a implementação do projeto**.

O **indicador de avaliação** desta atividade é a **apresentação da reflexão realizada ao longo da implementação do projeto** contida neste relatório.

A **Reformulação das atividades planeadas quando necessário** ocorreram em tempo útil.

O **indicador de avaliação** desta atividade é a **apresentação dessa reformulação e a sua justificação** presente neste trabalho. No decorrer do projeto deparamo-nos com a necessidade de alterar algumas atividades inicialmente planeadas. Esta alteração revelou-se fundamental para concluir essas mesmas atividades por forma a atingir os objetivos traçados. Acreditamos, assim, ter feito a adaptação correta ao nosso contexto, obtendo ganhos importantes. Importa dar tempo à equipa para a interiorização das aprendizagens e assim desenvolver competências.

Procedemos à **Realização de observações aplicando a mesma grelha de observação utilizada no Diagnóstico de Situação**. Evidencia-se a necessidade de avaliar de forma sistemática a prestação de cuidados para determinar se estão a ser realizados de acordo com o preconizado. Esta ação revela-se como uma ferramenta indispensável na manutenção da qualidade dos cuidados prestados pela equipa (Dias et al., 2011).

Este método questiona o porquê dos resultados adversos (D’Innocenzo et al., 2006 In Ferreira et al., 2009). Os resultados obtidos foram trabalhados e analisados pelo que elaborámos um relatório de Apresentação e Análise de Resultados das Observações (Apêndice 17).

O **indicador de avaliação** desta atividade é a **apresentação dos resultados das observações** o qual se encontra em apêndice, como forma de facilitar a sua consulta.

A **apresentação dos resultados das novas observações** foi realizada conforme explicitado anteriormente. Esperava-se a obtenção de resultados superiores às primeiras observações e consideramos que tal foi superado, demonstrado no relatório de Apresentação e Análise de Resultados das Observações (Apêndice 17).

O **indicador de avaliação** desta atividade é a **análise e discussão dos resultados** da avaliação pretendendo-se a obtenção de resultados superiores às primeiras observações pelo que consideramos tê-la realizado com êxito. De forma resumida referimos as mudanças mais significativas:

- No âmbito da Higienização das Mãos verificou-se um aumento de 31% para 60% de Enfermeiros que higienizam as mãos antes do contacto com o doente. Na categoria de AO 45% higieniza as mãos antes do contacto com o doente após o nosso momento formativo, sendo que anteriormente se verificou uma percentagem de 6%;
- A distribuição de AO que higieniza as mãos após o risco de exposição a fluidos orgânicos passou de 50% para 73% dos profissionais;
- Após o contacto com o doente ou com a sua unidade verificamos um aumento de 69% para 80% de enfermeiros que higienizam as mãos; Relativamente à categoria profissional de AO 91% destes profissionais cumprem este enunciado enquanto inicialmente apenas 31% o fez;
- A totalidade dos enfermeiros visados nas observações realizadas higieniza as mãos após a remoção do EPI, enquanto nos momentos que precederam os momentos formativos cumpriram este requisito 69%. Verificou-se um aumento de 31% para 82% de AO que cumprem o definido;
- Verificamos um aumento de 12% para 20% dos enfermeiros que retira jóias e adornos das mãos e antebraços antes de iniciar a higienização das mãos, cumprindo a técnica de higiene das mãos. Relativamente à categoria profissional de AO 9% cumpre este requisito sendo que anteriormente à realização da sessão formação se verificou uma percentagem 6%;
- 62% dos enfermeiros apresenta unhas limpas, curtas, sem verniz aquando das observações iniciais. Após a execução do PIS, a totalidade dos enfermeiros (100%) cumpre este requisito. Aferimos um aumento de 69% de AO para 91% que apresenta unhas limpas, curtas, sem verniz;
- Ao iniciarmos o PIS a totalidade dos AO, 100%, não cumpriram a correta higienização das mãos, não friccionando as mãos não cumprindo ainda os tempos de contacto e as áreas a abranger. Na fase de avaliação concluímos que 45% cumpre o enunciado em causa – fricciona as mãos respeitando a técnica, os tempos de contacto e as áreas a abranger;



- No âmbito da utilização de EPI, verificamos uma preocupação crescente em assegurar a existência de um local onde depositar o material usado. Assim identificamos um aumento de 50% para 70% de enfermeiros que asseguram esta premissa. Para este mesmo enunciado concluímos um aumento de 56% para 73% dos AO;
- Impõe-se a utilização de material e/ou equipamento no quarto/unidade da pessoa em situação de isolamento de contacto de forma individualizada. Verificamos a utilização de luvas pela totalidade dos profissionais de ambas as categorias profissionais. A distribuição de enfermeiros que remove luvas imediatamente após o procedimento subiu de 87% para 90%. Muito expressivo é o valor representativo da categoria profissional AO verificando-se um aumento de 19% para 82%;
- Entendemos pertinente o aumento verificado relativamente à distribuição de profissionais que usa bata devidamente abotoada/atada atrás. Verificamos que 70% dos enfermeiros cumpre o enunciado, sendo que inicialmente apenas 31% dos profissionais de enfermagem o respeitou. Na categoria de AO concluímos um aumento de 50% para 73%;
- Finalizando o procedimento a executar, concluímos um aumento de 37% para 90% dos enfermeiros que remove bata/avental imediatamente. Em relação aos AO apenas 25% cumpria o requisito, sendo que após a formação executada 64% retira imediatamente bata/avental após a prestação de cuidados;
- Quando existe o risco de salpicos de fluidos orgânicos para a face, verificamos uma preocupação por parte dos profissionais o que se verifica na utilização de máscara esta bem ajustada à face. Inicialmente, no término do procedimento executado 63% dos enfermeiros observados, removem este EPI. Após a realização da formação verificamos que 90% respeitam este enunciado; 19% AO cumpriram com o desejado verificando-se um aumento para 82%, removendo este equipamento logo após ao finalizar da prestação de cuidados;
- Se a totalidade dos enfermeiros, 100%, apuramos, retira o somatório dos equipamentos de proteção individual empregado no momento que antecede a sua saída do quarto/unidade, verificamos um aumento de 25% para 73% na categoria AO;
- Tão importante como retirar a totalidade do equipamento de proteção individual antes de sair do quarto/ unidade é cumprir a sua retirada da forma preconizada.

Neste enunciados verificamos um aumento de 75% para 90% dos enfermeiros. Aferimos analogamente aos AO um aumento de 31% para 73% destes profissionais praticam corretamente a retirada dos dispositivos bata e luvas enrolando-as para que a parte exposta fique voltada para dentro;

- A proteção facial ou proteção ocular e máscara deverá ser retirada acatando sempre a esta ordem, tocando sempre nos elásticos e nunca na parte da frente. Averiguamos, no decorrer das observações um aumento de 37% para 60% dos enfermeiros cumpre o presente enunciado. Sendo o cumprimento dos enunciados em observação são comuns a todos os indivíduos que entram no quarto unidade/unidade da pessoa em situação de isolamento de contacto, concluímos um aumento de 19% para 27% dos AO remove a proteção facial ou proteção ocular e máscara (obedecendo a esta ordem, tocando sempre nos elásticos e nunca na parte da frente).

Sucedem medidas gerais em caso de isolamento, sendo que todos os profissionais deverão cumprir as precauções universais, proceder à higienização das mãos, utilizar material e/ou equipamento na unidade do doente de forma individualizada.

Ao analisar os resultados apresentados concluímos que se verificou um esforço no cumprimento do preconizado relativamente às precauções em situação de isolamento. Acreditamos ter levado os profissionais a refletir acerca da importância de cumprir os procedimentos da instituição, e assim desenvolver uma cultura de segurança. A formação revelou-se fundamental enquanto estratégia para atingir os objetivos inicialmente traçados. Verificamos a aquisição e o desenvolvimento de competências por parte da equipa e uma mudança de comportamentos. Consideramos que a formação realizada o foi com êxito.

#### **4º Objetivo Específico**

*Divulgar o projeto.*

O **indicador de avaliação** desta atividade é a **elaboração e apresentação de um Artigo** acerca da implementação do PIS e os resultados alcançados para posterior divulgação pelo que consideramos tê-la realizado com êxito. A referir que a sua publicação será realizada oportunamente.

Pensamos inicialmente na elaboração do Artigo a partir da Revisão Sistemática da Literatura sobre o tema a trabalhar. No decorrer do projeto idealizamos recorrer ao artigo como veículo de divulgação do projeto, explanando as etapas da metodologia utilizada e quais as atividades realizadas no decorrer do mesmo. Este será o nosso contributo ao enriquecimento académico e profissional, assim como contribuir para que a investigação impulse a prática da enfermagem baseada na evidência. Esta atividade permite-nos, ainda, dar resposta a um dos requisitos do curso MEMC.

A realização desta atividade culminou então com a escrita do artigo apresentado em apêndice (Apêndice 1).

A divulgação é a última etapa a concretizar (Fortin, 2009) após a implementação do projeto. Essa divulgação inicia-se com a escrita deste relatório, que após discussão pública e aprovação será disponibilizado e divulgado no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). Procederemos à posterior publicação do artigo de divulgação do projeto que elaboramos. Relembramos que o PIS foi divulgado desde o seu planeamento à equipa de enfermagem, à equipa de assistentes operacionais e simultaneamente à instituição, ou seja a toda a população envolvida. Relembramos que a divulgação permite o fornecimento de informação científica que poderá servir de exemplo a outros serviços ou instituições (Departamento de Enfermagem, 2013).

A divulgação de resultados reflete a Prática Baseada na Evidência que de acordo com a OE *“é essencial para o Desenvolvimento, a Avaliação e a Expansão do conhecimento em Enfermagem”* (OE, 2006:2).

Com o desenvolvimento do PIS julgamos ter adquirido algumas competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista Em Pessoa Em Situação Crítica e do Enfermeiro Especialista Em Pessoa Em Situação Crónica e Paliativa assim como as competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a analisar posteriormente.

## **2.4 – Análise das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

Entende-se por competências comuns aquelas que são partilhadas por todos os Enfermeiros especialistas qualquer que seja a sua área de especialidade (OE, Regulamento

nº122/2011). A OE (2010) reconhece ao enfermeiro especialista competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados especializados, atendendo à área da sua especialidade, mas sem nunca esquecer os cuidados gerais.

A OE organizou essas competências em quatro Domínios de Competências: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, Melhoria da Qualidade, Gestão de Cuidados, e, Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais.

O PIS promove a aquisição e o desenvolvimento dessas competências. Com base nestes domínios vamos analisar as competências, começando pela análise do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.

### **Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

Este domínio compreende as competências: “*Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*”(OE, 2010:3).

Relativamente à primeira competência mencionada, no decorrer dos estágios, demonstramos uma prática que respeita os princípios éticos e profissionais, estando estes presentes na nossa *praxis* clínica. A ética visa a “(...) a integridade e a autonomia dos sujeitos da investigação ou os interesses globais da sociedade” (Santos, 2004:631).

Para a aplicação destes princípios, a frequência da UC Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem, UC Investigação, Ética em Investigação e Ética de Enfermagem contribuíram de forma decisiva.

Em relação à segunda competência mencionada, ficou demonstrada essencialmente no PIS, onde se verifica a promoção do respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais dos intervenientes. Quando definimos estratégias relacionadas com a prevenção e controlo da infeção, exigindo tomadas de decisão no decorrer da nossa prática, agimos com o que está divulgado na alínea a) ponto 1, do Artigo 76º do Código Deontológico (OE, 2009).

Consideramos ter atingido com mestria esta competência, uma vez que com a observação dos cuidados, no decorrer do PIS, houve o cuidado de procurar atender às implicações éticas e legais que todo o processo requer, tendo desenvolvido uma prática profissional ética no nosso campo profissional e promovemos práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A escolha do tema, à certeza que este daria resposta a problemas concretos da prática ou que contribuiria para o avanço da ciência (Martins, 2008) demonstrou desde cedo a nossa preocupação ética. A garantia da privacidade, o anonimato e confidencialidade da pessoa e dos dados foi outro cuidado ético a garantir (Martins, 2008).

Na fase de diagnóstico de situação impôs-se-nos o levantamento e conhecimento da população em causa, tal como referido alínea a) Artigo 80º (OE, 2009). Quer nesta fase quer na fase de planeamento do projeto honrámos o Artigo 5º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), pois pela metodologia de projeto, enquanto metodologia científica, reconhecemos um problema. O sigilo, patente no Artigo 85º (OE, 2009), foi respeitado e demonstrado pela garantia do anonimato.

Os princípios éticos fundamentais estiveram sempre espelhados. Foi pedida autorização ao Conselho de Administração do hospital para a realização dos projetos. Foi ainda pedida autorização das pessoas envolvidas para a observação dos cuidados prestados, requerendo-se a sua colaboração voluntária.

No relatório apresentado, foi ocultada a identificação da instituição e dos profissionais abarcados, garantindo o seu anonimato. Um estudo investigação em enfermagem deverá basear-se nos princípios gerais da ética: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (Martins, 2008).

Segue-se a análise do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.

### **Melhoria da Qualidade**

Este domínio compreende as competências: *“Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica; Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”* (OE, 2010:3).

Em relação à primeira competência, apreciamos que o fato de se dinamizar a agregação de conhecimentos na área da prevenção e controlo de infeção no decorrer da prestação de cuidados, procedemos ainda a criação de uma grelha de observação, a qual permitiu realizar avaliação da qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação de isolamento de contacto. Desempenhamos um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas na área trabalhada.

A segunda e terceira competência estão implicitamente desenvolvidas no PIS uma vez que este projeto leva à melhoria contínua da qualidade, e permite a criação de um ambiente terapêutico e seguro. Foram prestados cuidados num ambiente terapêutico e seguro. Houve atividades desenvolvidas no âmbito da gestão da qualidade, nomeadamente a verificação do ventilador, do monitor desfibrilhador, malas de transporte e carro de emergência do SCG.

De referir o contributo nas diversas UC, nomeadamente Liderança de Equipas e Gestão dos Cuidados, Gestão do Risco nos Cuidados de Enfermagem, as quais contribuíram diretamente para o desenvolvimento destas competências, pela aquisição/desenvolvimento de conhecimentos indispensáveis.

O Departamento da Qualidade na Saúde, na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (DESPACHO nº 14223/2009) definiu como missão a promoção e transmissão de uma cultura de melhoria contínua da qualidade das instituições de saúde.

Segue-se a análise do Domínio da Gestão dos Cuidados.

### **Gestão dos Cuidados**

Este domínio compreende as competências: *“Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; Adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados”* (OE, 2010:4).

A primeira e segunda competências referidas foram desenvolvidas no PIS, pois o nosso projeto implica uma otimização dos cuidados, assim como uma orientação supervisionada das tarefas delegadas, garantindo sempre a segurança e a qualidade. A gestão de recursos é determinante para o sucesso do nosso projeto e procuramos deixá-lo evidente. No exercício da nossa prática, existiu também a preocupação de rentabilizar os recursos existentes sem colocar em causa a qualidade dos cuidados, tendo verificado os níveis e validade de produtos em *stock* no SCG, efetuado pedidos de reposição e devolução de produtos à farmácia e ao armazém, supervisão da utilização dos equipamentos. Para tal em muito contribuiu o facto da sr.<sup>a</sup> enfermeira orientadora ser um elemento da equipa de gestão. Foi-nos proporcionado, assim, uma observação participante.

Estamos conscientes que estas atividades não estão diretamente ligadas à Gestão de Cuidados, mas consideramo-las pertinentes, pois dão o seu contributo. Senão assegurados os recursos materiais, não podemos prestar cuidados de qualidade e em segurança. Daí a importância de uma adequada gestão dos recursos, quer humanos, quer materiais. Também a verificação periódica do ventilador, do carro de emergência e do desfibrilhador, tal como referimos anteriormente, são atividades que garantem o bom funcionamento do material, permitindo aos profissionais atuar com segurança e prontidão em situações de emergência. Temos que realçar o contributo importante dos conteúdos abordados nas diversas UC, nomeadamente Gestão de Processos e Recursos, dotando-nos de ferramentas que nos capacitaram a gerir eficazmente os cuidados, assim como possibilitaram a utilização de ferramentas de diagnóstico de gestão, nomeadamente a *SWOT*, aplicada no PIS, como forma de validar a pertinência do problema levantado; a UC de Enfermagem facultou aportes indispensáveis no módulo da Segurança e Gestão do Risco nos Cuidados de Enfermagem.

Procuramos, no PIS, proceder a uma gestão adequado do tempo aquando da realização da formação. Pretendendo não colocar em causa a gestão dos cuidados, os materiais utilizados foi adequado aos existentes e os preconizados pelos procedimentos da instituição.

Segue-se a análise do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

### **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Este domínio compreende as competências: *“Desenvolve auto-conhecimento e a assertividade; Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento”* (OE, 2010:4).

Neste âmbito formulámos o diagnóstico das necessidades, desenvolvemos formação relacionada com a prestação de cuidados à pessoa em situação de isolamento, procedemos à interpretação e análise dos dados colhidos durante as observações dos cuidados prestados quer pela equipa de enfermagem quer pela equipa de AO, dando o nosso contributo para a melhoria dos cuidados. No decorrer do curso fomos sempre motivados para desenvolver trabalhos científicos e de investigação. Acreditamos ter conseguido motivar a equipa pela

prática baseada na evidência, e, através da formação realizada, termos facilitado a aprendizagem da equipa.

Desenvolvemos o auto-conhecimento e a assertividade em contexto prático. Há uma tomada de consciência da importância da relação terapêutica fundamental à prestação de cuidados de excelência. Concluimos que a *práxis* clínica é sustentada na investigação e no conhecimento.

Baseámos a nossa *práxis* clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento, tal com o preconizado, fundamentando a nossa ação na investigação e no conhecimento.

A formação em serviço permitiu uma reflexão crítica sobre os cuidados que prestamos à pessoa num contexto real. Revelou-se fundamental a participação nas formações em serviço sobre a escala de alerta precoce de pessoa em situação crítica (NEWS); sobre cuidados de enfermagem à pessoa submetida a ventilação invasiva; sobre prevenção de úlceras por pressão – avaliação do risco; e avaliação funcional das pessoas internadas no serviço de cirurgia geral: aplicação da escala de Barthel.

*“A aprendizagem surge da interação da pessoa com o contexto e refere-se a desafios enfrentados na vida, na educação, nas instituições e na comunidade, ou seja ocorre sempre que a pessoa age e interage, reflecte e pensa”* (Serrano, 2008:48). Neste contexto, também a participação no 1º Encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica, organizado pela ESS-IPS, e nas 2as Jornadas de Enfermagem da nossa instituição se revelaram promotoras de novas aprendizagens essenciais à aquisição e ao desenvolvimento de competências.

O Módulo do Enquadramento Concetual de EMC, deu o seu contributo para a elaboração da moldura teórica apresentada no presente relatório. Concomitantemente, a UC de Enfermagem, concretamente o módulo de Formação Contínua aplicada à Enfermagem favoreceu o desenvolvimento deste domínio.

O PAC, permitindo o desenvolvimento das Competências Específicas da Enfermagem Médico-Cirúrgica, apresenta-se a seguir.



### 3 – Projeto de Aprendizagem Clínica

O PAC prevê a obtenção das competências específicas (Ruivo *et al.*, 2012), estando prevista a realização de estágios opcionais.

Este capítulo encontra-se organizado na Contextualização da Situação, o Planeamento, a Execução, a Avaliação e Divulgação, e, por fim, a Análise das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

A referir que a contextualização organizacional do projeto é transversal à contextualização apresentada no PIS, para compreender a sua dinâmica e funcionamento, pelo que não se procede à duplicação da informação (Apêndice 3).

Para execução deste projeto não há necessidade de utilização de recursos materiais, além dos envolvidos diariamente na prestação de cuidados e espaços subjacentes à mesma.

Relembremos as competências específicas do EEEMC: (K1) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; (K2) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação; (K3) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas; (L5) Cuida da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem estar, conforto e qualidade de vida; e (L6) Estabelece relação com pessoas com doença crónica, incapacitante e/ou terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte(OE, 2010<sup>b</sup>; OE, 2011<sup>a</sup>).

Assim, de forma a identificar possíveis contributos que se pudessem trazer ao SCG, bem como as oportunidades de desenvolvimento profissional no contexto de estágio, procedeu-se a uma análise reflexiva do mesmo, no âmbito das áreas de competência supra-citadas.

### **3.1 – Diagnóstico de Situação**

O SCG revela grande potencialidade enquanto local de estágio pela diversidade de situações que nos é permitido vivenciar no sentido do desenvolvimento das competências do enfermeiro.

No sentido de promover o desenvolvimento de necessidades específicas, neste momento realizamos o diagnóstico de situação e buscamos o que mais deveremos alargar no sentido de não só dar resposta às necessidades específicas, como também promover melhorias no SCG.

Este desenvolvimento decorreu em simultâneo com a realização do PIS, sendo que se revela fundamental no desenvolvimento das competências específicas.

Esta contextualização apresenta-se organizada através das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

#### **3.1.1 – Contextualização da Situação**

**(K1) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.**

No serviço verifica-se a receção das mais diversas patologias, impondo-se a necessidade de assistir a Pessoa que vivencia processos de doença crítica e falência multiorgânica.

A pessoa admitida na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos (UCIC) do SCG chega do Bloco Operatório, da Unidade de Cuidados Intensivos (quando não apresenta critérios de internamento, mas a sua instabilidade hemodinâmica não permite a sua permanência na enfermaria), do Serviço de Urgência Geral e da Enfermaria.

A complementar a vivência da *práxis* diária verifica-se, por vezes, a articulação com a Equipa de Emergência Médica Interna (EEMI), nas situações de uma maior complexidade e instabilidade hemodinâmica. Essa mesma instabilidade é atenuada pela existência de procedimentos relacionados com a verificação do carro de emergência, do ventilador, do transporte inter e intra-hospitalar da pessoa.

Atendendo ao grupo que, diariamente, é acompanhado no SCG verifica-se frequentemente o desenvolvimento de quadros de dor, os quais procuramos antecipar realizando uma boa gestão terapêutica.

**(K2) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.**

Após procura ativa no SCG relativamente a esta área concluímos que se encontra bem desenvolvida no serviço, pela formação dada e consequente realização de um simulacro de evacuação. Posteriormente foram elaborados folhetos informativos, atividade esta desenvolvida, recentemente, por uma estudante do curso de Pós Licenciatura em Especialização em enfermagem(CPLEE) Médico-Cirúrgica em contexto de estágio.

Na instituição existe também formação anual sobre o plano de evacuação interno, onde se enfoca, no caso da equipa de enfermagem, a formação à equipa de evacuação tipo B.

Simultaneamente decorreram quatro estágios no SCG no âmbito do CPLEE Médico-Cirúrgica tendo planeado um exercício de simulacro de evacuação, no qual visualizamos a oportunidade de participar ativamente.

Existe ainda no SCG, um dossier sobre Gestão de Risco, disponível a todos os profissionais para consulta, do qual fazem parte documentos como o plano de emergência interno da instituição, assim como os outros documentos relativos à pasta pública intra-hospitalar da Comissão de Gestão de Risco (acesso intranet).

**(K3) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.**

A área de prevenção de infeção encontra-se em desenvolvimento no SCG, pela CCI (através de apresentação de recomendações e auditorias), e pelos elementos de ligação (ocorrendo ocasionalmente formações neste âmbito). Existe no SCG um dossier contendo documentos da CCI, disponível para consulta pela equipa. Anualmente é desenvolvida a campanha relativa à lavagem das mãos como também auditorias relacionadas ao acondicionamento de dispositivos médicos esterilizados e contaminados, separação de resíduos, higienização das mãos, práticas de higienização do circuito da roupa, e higienização do ambiente.

Ainda assim, no decorrer do estágio I e II constatou-se a importância desta temática no serviço, pelo que se optou pelo desenvolvimento do PIS nesta área, objetivando a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação de isolamento de contacto, partindo de um correto diagnóstico de situação.

**(L5) Cuida da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem estar, conforto e qualidade de vida.**

A população SCG caracteriza-se pela diversidade de patologias e com diferentes características. A prática desenvolvida junto à pessoa à qual foi diagnosticada uma doença crónica, que sofre um revés da sua doença crónica, que é submetida a cirurgia (seja eletiva ou urgente), ou pessoa em situação de fim de vida, permite-nos desenvolver um plano de cuidados, sempre direccionado às especificidades da situação, o qual promove o seu bem-estar, o seu conforto e qualidade de vida, consequentemente minimizando o sofrimento sentido pelo indivíduo e família.

Ao indivíduo são, sempre, prestados cuidados de enfermagem de forma holística. Verifica-se no SCG a partilha da necessidade de resolução ou maximização da qualidade de vida.

Cicely Saunders, enfermeira e posteriormente médica, veio alertar para o facto de “(...) *mesmo quando aparentemente já não há nada a fazer, há sempre efectivamente qualquer coisa a fazer, uma vez que quando o tratar já não é possível torna-se ainda mais importante o cuidar. Quando já não se espera a cura, resta ainda um campo imenso de actuação: aliviar a dor, tratar os sintomas, e prestar atenção às interrogações e aspirações morais e espirituais do doente e família, isto é, o que (...) [constitui] os «cuidados paliativos»*” (Pacheco, 2004:102). Neste âmbito, motivada também por um interesse pessoal, entendemos poder melhorar a nossa atuação a estas pessoas. Assim, após realização de entrevista não estruturada com a sr.<sup>a</sup> enfermeira orientadora, julgamos pertinente trabalhar a técnica de Hipodermoclise, contribuindo

ativamente para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, baseados na evidência.

Como dito anteriormente, decorrem simultaneamente a implementação de dois PIS, colegas do mesmo curso MEMC, sendo que um deles trabalha a Avaliação Funcional da Pessoa através da Escala de Barthel. Procuramos obter ferramentas úteis ao correto planeamento da alta com a pessoa e os seus familiares.

**(L6) Estabelece relação com pessoas com doença crónica, incapacitante e/ou terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.**

A relação terapêutica impõe-se no estabelecimento da afinidade necessária com a pessoa e o seu grupo envolvente na gerência da sua doença crónica, incapacitante e terminal.

Cuidar da pessoa nem sempre é uma tarefa fácil e tranquila, requer uma vigilância constante, que no caso do doente terminal, se constitui como uma atividade mais exigente e desgastante a nível físico e psíquico. Cerqueira (2005:88) afirma que “*os profissionais de saúde estão vocacionados para curar e não para a morte*”, adotando frequentemente “*uma atitude de distanciamento relativamente ao doente/cuidador*”.

No decorrer do estágio, consideramos dispor de uma maior disponibilidade para desenvolver esta relação.

Procedemos, agora, à definição dos objetivos.

### **3.1.2 – Definição de Objetivos**

Após efetuada a contextualização da situação no SCG, procedemos à definição de objetivos como forma de dar resposta às necessidades levantadas.

Definimos como Objetivo Geral *Adquirir e desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.*

Visando a aquisição e o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista definimos atividades/estratégias que passamos a apresentar.

### **3.2 – Planeamento**

À imagem do PIS, também na elaboração do PAC empenhamo-nos em projetar as nossas ações de forma consistente e inserido no meio em que desenvolvemos o estágio.

Optamos por apresentar o planeamento deste projeto organizado por competências específicas.

**(K1) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.**

**Atividades planeadas:**

- Realização de estágio de observação numa Unidade de Dor do CHM – HMS;
- Prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica;
- Desenvolver competências na antecipação de focos de instabilidade na pessoa e risco de falência orgânica, participando em sessão de formação em serviço sobre a escala de alerta precoce de pessoa em situação crítica (NEWS) e proceder à sua aplicação; participação em sessão de formação em serviço sobre cuidados de enfermagem à pessoa submetida a ventilação invasiva;
- Verificação do funcionamento do ventilador e verificação do carro de emergência do SCG;
- Mobilização dos aportes lecionados na diferentes UC do curso, nomeadamente no Módulo Seminário de Peritos;
- Realização de pesquisa bibliográfica sobre diversos temas abrangidos por esta área de intervenção.

O **indicador de avaliação** destas atividades é a realização de reflexões sobre estas.

**(K2) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.**

**Atividades planeadas:**

- Leitura e consequente análise dos documentos da CGR;
- Participação em exercício de simulacro de evacuação em contexto de inundação na UCIC do SCG (planeado por colegas do curso de Pós-Licenciatura em EMC);
- Realização de poster sobre o supramencionado exercício (realização em grupo com as duas estudantes do curso de Mestrado em EMC a estagiar no SCG) e o respetivo resumo;
- Apresentação do poster no 1º Encontro de EMC do IPS-ESS;

- Mobilização dos aportes lecionados na diferentes UC do curso, nomeadamente no Módulo Seminário de Peritos.

O **indicador de avaliação** destas atividades é a apresentação do poster elaborado e o seu resumo, assim como a realização de reflexões sobre estas.

**(K3) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.**

**Atividades planeadas:**

- Diagnóstico das necessidades específicas do SCG sobre controlo de infeção;
- Conceção, como elemento responsável pela implementação do PIS “Otimização de práticas na prestação de cuidados à pessoa em situação de isolamento de contacto”, de formação em serviço sobre procedimentos relativos às Precauções de Isolamento (em articulação com a Sra. Enfermeira responsável pela formação em serviço). O público-alvo é a equipa de enfermagem e a equipa de assistentes operacionais do serviço;
- Realização de sessão de sensibilização à visita/acompanhante da pessoa internada no SCG, relativa à higienização das mãos (no âmbito da campanha anual de higienização das mãos) e apresentação do respetivo plano de sessão;
- Realização de auditorias, supervisionadas pelo elemento auditor do SCG, no âmbito do controlo de infeção (tema específico a definir);
- Maximização dos conhecimentos sobre prevenção e controlo de infeção pela pesquisa bibliográfica sobre a temática;
- Realização de Poster *Prevenir a Infeção nos Dispositivos Intravasculares – Cuidados de Enfermagem Especializados*, no âmbito do Encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS – IPS;
- Mobilização dos aportes lecionados nas diferentes UC do curso, nomeadamente no módulo Cuidados ao Cliente com Múltiplos Sintomas - Controlo de Infeção.

O **indicador de avaliação** destas atividades é a apresentação do poster elaborado e o seu resumo, assim como a realização de reflexões sobre estas.

**(L5) Cuida da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem estar, conforto e qualidade de vida.**

**Atividades planeadas:**

- Realização de pesquisa bibliográfica;
- Prestação de cuidados especializados à pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem estar, conforto e qualidade de vida;
- Realização de *poster* sobre a temática Hipodermoclise, metodologia reflexiva e de revisão bibliográfica, e o respetivo resumo;
- Posterior divulgação do *poster* elaborado no SCG e sua apresentação nas 3as Jornadas de Enfermagem da instituição;
- Mobilização dos aportes lecionados nas diversas UC do curso, nomeadamente nos módulos de Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Dor, Cuidados ao Cliente em Fim de Vida, Espiritualidade.

O **indicador de avaliação** destas atividades é a apresentação do poster elaborado e o seu resumo assim como as reflexões realizadas.

**(L6) Estabelece relação com pessoas com doença crónica, incapacitante e/ou terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.**

**Atividades planeadas:**

- Realização de estágio de observação na *Equipa Intra-hospitalar de Suporte Cuidados Paliativos* do CHM – HMS;



- Promoção de relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e/ou terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

O **indicador de avaliação** desta atividade é a realização de **reflexão**.

Considerando a importância da implementação do planeado apresentamos, de seguida, a execução, avaliação e a divulgação.

### **3.3 – Execução, Avaliação e Divulgação**

A execução, avaliação e a divulgação iniciaram-se já no estágio I e II, sendo que se concluíram no estágio III. Optamos por apresentar a Execução e Avaliação em simultâneo e organizado por competências.

**(K1) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.**

Atendendo ao grupo que, diariamente, é acompanhado no serviço de Cirurgia Geral verifica-se frequentemente o desenvolvimento de quadros de dor. Enquanto enfermeiros, tal como refere a OE (2008), somos profissionais privilegiados, não só pela proximidade como também pelo tempo que passamos junto à pessoa, pelo que temos uma posição muito relevante na promoção e intervenção do controlo da dor.

A nível académico desenvolvemos um trabalho “O papel do enfermeiro na avaliação da dor”, o qual permitiu aprofundar conhecimentos assim como desenvolver competências. Conclusivamente, constatou-se a relação teoria - prática. Importante foi a teoria facultada no módulo Intervenções de Enfermagem ao Cliente com dor.

Procedemos à observação do funcionamento da Unidade de Dor do CHM – HMS.

A visita à Unidade da Dor, com o intuito de conhecer a sua dinâmica, ultrapassou as expectativas. Ainda assim foi possível reconhecer de forma global, embora transversal, o seu funcionamento e os recursos colocados à disposição da comunidade, da pessoa que se encontra a vivenciar processos de crise.

A Unidade de Dor atua em duas frentes distintas, nos serviços de internamento (nomeadamente os de âmbito cirúrgico) e na comunidade.

Num qualquer serviço de internamento a equipa da Unidade de Dor atua no controlo da dor aguda e no controlo da dor crónica. Na primeira, procura monitorizar o protocolo analgésico da dor, aplicado a todas as pessoas submetidas a cirurgia, na segunda, após sinalização pela equipa médica, da situação vivenciada. A monitorização do protocolo analgésico da dor é realizado pela equipa que se desloca ao serviço de internamento para proceder à aplicação de um questionário visando apreender a eficácia do protocolo instituído. Nas situações de vivência de dor crónica, após a realização do pedido de colaboração, a equipa multiprofissional da Unidade de Dor (constituída por enfermeiro, médico e psicóloga) avalia, após ida ao serviço, a pessoa de forma interdisciplinar, procedendo a sugestões de medidas terapêuticas no processo clínico, após o que realizam visitas programadas para monitorizar a sua evolução.

Na comunidade, a pessoa é referenciada iniciando a sua avaliação interdisciplinar numa consulta (com enfermeiro e psicóloga), após o que ocorrerá a avaliação médica. Neste momento a Unidade de Dor encontra-se em reestruturação, pelo que após esta avaliação a pessoa é direcionada para a consulta de controlo de sintomas ou consulta que prevê a reintegração da pessoa na comunidade. Durante o estágio de observação que desenvolvemos estivemos presentes na consulta de controlo de sintomas. Pudemos constatar o papel fulcral que o enfermeiro desempenha no decorrer da consulta e ainda a forma como toda a equipa encara a dor vivenciada pela pessoa. Importa pois o seu controlo mas também compreender de que modo introduz alterações no seu dia-a-dia. Só após esta primeira consulta, é marcada uma consulta com o médico, onde também a enfermeira e a psicóloga estão presentes. Durante o tempo em que estivemos na Unidade, houve possibilidade de assistir a estas consultas. Foi interessante perceber o dinamismo interdisciplinar que esteve sempre presente em todos os momentos.

Este estágio realizado permitiu identificar e reconhecer os recursos colocados à disposição da pessoa que vivencia uma situação de crise.

A realização da visita à Unidade de Dor e a respetiva reflexão tiveram o intuito de obter ferramentas que permitam promover a sensibilização da equipa do SCG. Ao assistir à mesa *Intervenção à pessoa com dor: cuidados especializados*, no decorrer Encontro de EMC da ESS-IPS, permitiu uma reflexão mais aprofundada.

O desenvolvimento da presente competência, (K1) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, ocorre essencialmente em contexto da prática clínica, no decorrer dos estágio (I, II e III).

No serviço verifica-se a receção das mais diversas patologias, impondo-se a necessidade de assistir a pessoa que vivencia processos de doença crítica e falência multiorgânica (já internados ou transferidos para a Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos – UCIC), a quem foram prestados cuidados no decorrer dos estágios.

A complementar a vivência da *práxis* diária verifica-se, por vezes, a articulação com a EEMI, nas situações de uma maior complexidade e instabilidade hemodinâmica.

Atendendo à prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, à necessidade de desenvolver competências na antecipação de focos de instabilidade na pessoa e risco de falência orgânica, realizamos pesquisa bibliográfica sobre diversos temas abrangidos por esta área de intervenção.

Atendendo que o SCG tem como missão a resolução no melhor tempo útil, de todas as patologias entendidas do foro de Cirurgia Geral, eletivas e de urgência, a qualidade e a humanização são duas características cruciais de um serviço que se quer atual e em constante aperfeiçoamento.

Em contexto profissional surgiu a possibilidade de frequentar o Curso Suporte Imediato de Vida (SIV), com a duração de 21 horas, (Anexo 4) o qual entendemos como fundamental enquanto curso de treino em reanimação, desenvolvido de acordo com as recomendações do European Resuscitation Council (ERC).

No âmbito do 3ºMEMC, enquanto aluna, é exequível prestar cuidados mais dirigidos à pessoa com características tão distintas. Esta atuação permitiu desenvolver esta competência, o que se poderá constatar no subcapítulo relativo à Análise das Competências do EEPSC. Não poderemos deixar de referir a importância do módulo Urgência/Emergência onde se realizou os temas Suporte Avançado de Vida (SAV), com as respetivas práticas/bancas, tendo concluído no treino num conjunto de exercícios, em parceria com os Bombeiros Sapadores da Margem Sul, que visou testar conhecimentos, procedimentos e formas de atuação de socorro em diferentes cenários de operações.

Realçamos a aquisição, num contexto real, de competências essenciais à atuação em situação de catástrofe e emergência. No decorrer do estágio I e II, conhecemos a Escala NEWS (no decorrer de sessão formativa) e a sua posterior aplicação, enquanto alerta precoce para a identificação de doentes em situação crítica. Nesta sequência antecipa-se a

instabilidade e o risco de falência multiorgânica aquando da prestação de cuidados de enfermagem em situação emergente. Identicamente, no estágio III manteve-se a sua aplicação.

Decorreu no serviço formação no âmbito dos Cuidados de Enfermagem Imediatos à Pessoa submetida a Ventilação Invasiva, a qual contribui ativamente para o desenvolvimento de competências no âmbito da assistência à pessoa a vivenciar processos de doença crítica e falência multiorgânica. A participação nesta sessão formação revela-se fundamental na prestação de cuidados à pessoa com condições fisiopatológicas urgentes, potencialmente reversíveis que põem em risco o funcionamento de um ou mais órgãos vitais.

No decorrer dos estágios procedemos à verificação do ventilador e do carro de emergência, e que nos permitiu atuar eficazmente em situações de instabilidade/falência multiorgânica.

A pertinência desta atividade revela-se na necessidade fundamental de conhecer e reconhecer um conjunto de equipamentos, fármacos e outros materiais, indispensáveis para a reanimação cardiorrespiratória. Todo o seu material e a sua organização, são ferramentas importantes para o sucesso da abordagem de um doente grave.

Manter o Carro de Emergência em ordem e sempre no local pré-definido sem qualquer obstáculo à sua mobilização é uma obrigatoriedade. Compete ao serviço manter a sua operacionalidade.

São pertinentes as reflexões sobre estas atividades. Entendemos que essas mesmas reflexões estão patentes ao longo do presente relatório pelo que consideramos tê-las realizado com êxito.

Os Módulos Cuidados ao Cliente com Falência Multiorgânica, Cuidados em Situação de Crise: cliente e família e Cuidados ao Cliente com Múltiplos Sintomas/Controlo de Infecção da UC EMC I, permitiram também a aquisição e o desenvolvimento de competências e aprofundamento de conhecimentos nesta área.

Assistir à mesa *Intervenção em situação complexa: doença crítica e/ou falência multiorgânica*, no decorrer Encontro de EMC da ESS-IPS, permitiu uma reflexão mais aprofundada.

Relativamente a esta competência consideramos tê-la desenvolvido com êxito.

**(K2) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.**

Impõe-se a renovação de conhecimentos relativos ao plano de evacuação interno da instituição; desenvolver competências de atuação no âmbito do doente em situação crítica, perante situações de catástrofe; compreender a dinâmica e articulação da Comissão de Gestão de Risco com o SCG e com a instituição em geral.

Pela participação ativa na execução de um exercício de simulacro num cenário de inundação, efetivado na UCIC, o qual foi planeado pelo grupo de colegas do 3º CPLEE Médico-Cirúrgica, foi-nos possível, enquanto elementos da equipa de evacuação B, aprofundar conhecimentos relativos ao plano de emergência e catástrofe hospitalar, assim como tomar contacto com documentos e procedimentos internos da nossa instituição.

A execução desta atividade permitiu-nos conceber o planeamento e a execução, numa situação emergente, dos cuidados essenciais à pessoa em situação crítica no decorrer do exercício, culminando na gestão dos cuidados em situação de emergência e/ou catástrofe. Desenvolvemos, claramente, competências de planeamento concreto, gerindo os cuidados necessários à pessoa em situação crítica durante uma situação de evacuação.

Analogamente a presente atividade permitiu-nos divulgar o plano de emergência entre a equipa.

Na sequência da execução do referido exercício, procedemos à elaboração e divulgação do *Poster “Simulacro em Cenário de Inundação em Unidade de Cuidados Intermédios cirúrgicos: Intervenções Especializadas de Enfermagem”* (Apêndice 18) e o seu resumo (Apêndice 19), no 1º Encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica, no IPS-ESS. De referir que a divulgação efetuada foi antecipadamente autorizada (Anexo 5).

Ao refletir acerca do exercício em causa, foi-nos permitido conceber uma ponderação crítica dos conhecimentos adquiridos, reflexão essa a incluir no relatório de estágio, desenvolvendo-se assim, também, competências nesta área.

Fazendo referência ao Encontro de EMC da ESS-IPS, concretamente à mesa *Intervenção em situação complexa: cuidados especializados – situação de catástrofe*, foi proveitoso e promotor de reflexão. A mesa *Pensar a catástrofe e a emergência interna*, apresentada nas 2as Jornadas de Enfermagem da instituição, também.

Relativamente a esta competência consideramos tê-la desenvolvido com êxito.

**(K3) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.**

A maximização dos conhecimentos sobre prevenção e controlo de infeção pela pesquisa bibliográfica sobre o tema a trabalhar impõe-se.

Entendemos essencial fundamentar conhecimentos no âmbito do controlo de infeção na pessoa em situação crítica; cumprir e fazer cumprir corretamente os procedimentos de controlo de infeção; compreender a dinâmica e articulação da CCI com o SCG e com a instituição em geral.

No que respeita à aquisição de competências na área de prevenção e controlo da infeção, perante a pessoa a vivenciar situações críticas/complexas, procedemos, no decorrer dos estágios, à leitura e análise dos documentos da CCI, disponíveis na pasta setorial da referida comissão, na intranet da instituição, e em dossier existente no serviço, assim como realizámos uma pesquisa bibliográfica mais extensa sendo o resultado visível no capítulo do Enquadramento Concetual deste relatório. Esta estratégia/atividade revelou-se fundamental à realização do Diagnóstico das necessidades específicas do SCG na área do controlo de infeção.

Planeámos e realizamos de sessões de sensibilização à visita/acompanhante relativa à importância da lavagem das mãos, enquanto medida simples mas eficaz no controlo de infeção, tendo a atividade sido desenvolvida no decorrer do estágio III. Esta atividade foi realizada em grupo, pois decorreram em simultâneo 3 estágios MEMC, sob a mesma orientação.

A sessão de sensibilização intitulou-se “Venho visitar o meu familiar, porque tenho que lavar as mãos?”.No que respeita a esta atividade elaborámos um relatório, tendo como principal objetivo a divulgação dos resultados obtidos após realização da referida ação de sensibilização, e como objetivos específicos: apresentar a ação de sensibilização e os respetivos resultados; refletir sobre os resultados desta atividade; e refletir sobre o impacto da ação no desenvolvimento de competências específicas do EEEMC (Apêndice 20). Elaborámos um folheto informativo o qual foi distribuído (encontra-se em apêndice no

respetivo relatório da ação de sensibilização). A referir que a Comissão de Controlo de Infecção pretende utilizar este folheto, procedendo à sua divulgação pelo Centro Hospitalar. Foi abrangido um total de 104 familiares.

Ao realizarmos este tipo de atividade de ensino aos familiares que visitam a pessoa internada, por vezes em situações clínicas complexas, entendemos estar a maximizar a nossa intervenção a esse nível, contribuindo para a redução das IACS e simultaneamente para a melhoria contínua dos cuidados prestados e da segurança dos doentes.

No decorrer do estágio III, realizámos auditorias, no domínio do Controlo de Infecção, no serviço de Cirurgia Geral, relativamente ao cumprimento da higienização das mãos, atendendo que o referido serviço aderiu à campanha *World Alliance for Patient Safety* criada pela OMS em Outubro 2004 com o objetivo de reduzir os efeitos adversos associados aos cuidados de saúde. Esta atividade permitiu uma introspeção acerca das práticas de prevenção do controlo de infeção, permitindo tomar contacto com a realidade, relativamente ao cumprimento dos 5 momentos de higienização das mãos. Foi realizada em grupo, pois decorreram em simultâneo 3 estágios MEMC, sob a mesma orientação, tendo os resultados sido entregues ao elemento responsável para posterior tratamento de dados.

Em 2011 o Colégio da especialidade Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros decidiu os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica (OE,2011).

A prevenção e o controlo da infeção associada aos cuidados é um dos seus enunciados descritivos, permitindo nortear e referenciar a prática especializada. “(...) *face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção*” (OE, 2011:7).

A infeção associada aos cuidados de saúde é uma consequência da prestação de cuidados, que se relaciona com a gravidade da doença e a presença de co-morbilidades.

No decorrer do estágio I e II constatou-se a importância desta temática no serviço, pelo que se optou pelo desenvolvimento do PIS nesta área, objetivando a Promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação de isolamento, partindo de um correto diagnóstico de situação. Visando criar estratégia promotora de aquisição/transmissão de conhecimentos no âmbito das Precauções de Isolamento, procedeu-se à calendarização e marcação de ações de formação sobre procedimentos relativos às Precauções de

Isolamento (em articulação com a Sra. Enfermeira responsável pela formação em serviço). O público-alvo foi a equipa de enfermagem e a equipa de assistentes operacionais do serviço conforme difundido no capítulo referente ao PIS.

No decorrer deste processo de aprendizagem surgiu a possibilidade de, em conjunto com uma colega de trabalho, elaborar e apresentar um Poster subordinado ao tema “*Prevenir a Infecção nos Dispositivos Intravasculares – Cuidados de Enfermagem Especializados*” (Apêndice 21), após a elaboração do respetivo resumo (Apêndice 22) no âmbito do Encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS - IPS. Com orgulho recebemos o prémio de Melhor Poster com a sua apresentação (Anexo 6). Procedeu-se à posterior divulgação do poster no serviço, revelando-se uma temática identificada pela equipa como fundamental, sendo que a sua exposição permite colmatar dúvidas presentes na *praxis* clínica .

Assistir à mesa *Intervenção em situação complexa: cuidados especializados – controlo de infeção*, no Encontro de EMC da ESS-IPS e à mesa *Controlo de infeção: diferentes serviços os mesmos desafios*, nas 2as Jornadas de Enfermagem, permitiu uma tomada de consciência fundamental à prática e sobre a intervenção do enfermeiro especialista em EMC nesta área.

Inicialmente, foi planeado um estágio de observação na Comissão de Controlo de Infeção. Este foi recusado por indisponibilidade do referido serviço. De realçar, que mesmo assim, todas as atividades foram realizadas em estreita ligação ao serviço.

Relativamente a esta competência consideramos tê-la desenvolvido com êxito após a conceção com resultado muito proveitoso de todas as atividades/estratégias inicialmente planeadas.

O módulo Cuidados ao Cliente com Múltiplos Sintomas - Controlo de Infeção da UC EMC I em muito contribuiu para a aquisição e desenvolvimento da competência.

**(L5) Cuida da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem estar, conforto e qualidade de vida.**

Objetivamos a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com doença crónica, incapacitante e/ou terminal; promoção da otimização dos cuidados de enfermagem no SCG, na perspetiva da diminuição do sofrimento, à pessoa com doença crónica, incapacitante ou terminal.



A população do SCG caracteriza-se pela diversidade de patologias, com diferentes características. A prática desenvolvida junto à pessoa à qual foi diagnosticada uma doença crónica, que sofre um revés da sua doença crónica, que é submetida a cirurgia (seja eletiva ou urgente), ou pessoa em situação de fim de vida, permite-nos desenvolver um plano de cuidados, sempre direcionado às especificidades da situação, o qual promove o seu bem-estar, o seu conforto e qualidade de vida, consequentemente minimizando o sofrimento sentido pelo indivíduo e família.

Ao indivíduo são, sempre, prestados cuidados de enfermagem de forma holística. Verifica-se no serviço a partilha da necessidade de resolução ou maximização da qualidade de vida. Durante o estágio, foram prestados cuidados especializados à pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, numa abordagem holística, procurando como objetivo máximo o seu bem estar.

Após realização de pesquisa bibliográfica, e verificarmos ser uma área na qual os Enfermeiros do Serviço demonstraram défice de conhecimentos, através de entrevistas não estruturadas, elaborámos um Poster sobre a temática *Hipodermoclise – Uma opção segura nos cuidados à Pessoa em fim de vida* (Apêndice 23) e o respetivo resumo (Apêndice 24). Delineámos como objetivos sensibilizar a equipa de enfermagem da aplicabilidade da hipodermoclise, no âmbito da prestação de cuidados de qualidade em fim de vida; divulgar a hipodermoclise no SCG; refletir sobre a utilização da técnica no âmbito do desenvolvimento das competências específicas do EEEMC. O poster elaborado foi apresentado nas 2as Jornadas de Enfermagem do CHM, tendo-se alcançado o 2º lugar (Anexo 7). Atendendo à realidade do serviço procedeu-se à posterior divulgação do poster no serviço. O desenvolvimento desta atividade permitiu-nos a reflexão e assimilação de o quanto esta técnica permitirá a prestação de cuidados de qualidade à pessoa em fim de vida.

O correto planeamento dos cuidados permite a otimização e satisfação das necessidades da pessoa, pelo que assistimos à Formação “*Avaliação funcional da pessoa através da escala de Barthel*”. A aplicação desta escala prevê a monitorização eficaz do grau de dependência da pessoa. O exposto permitirá planear os cuidados de acordo com as necessidades básicas da pessoa visando o seu conforto e a melhoria da qualidade de vida.

A frequência da Formação “*Prevenção de Úlceras por Pressão – avaliação do risco*” revelou-se importante pela avaliação do risco de desenvolvimento pela escala de Braden.

Concluímos que atuar a nível da prevenção permite prever e detetar precocemente complicações, assegurando uma intervenção precisa, concreta, eficiente, e em tempo útil, e consequentemente melhorar a qualidade de vida dos indivíduos em risco de desenvolver UP e melhorar a satisfação dos profissionais.

As formações atrás referidas foram realizadas no âmbito do desenvolvimento de outros PIS desenvolvidos em simultâneo por outras estudantes do MEMC, que realizaram o estagio no mesmo local.

A frequência da Formação “*Prevenção e Tratamento Úlceras Pressão*” (Anexo 8), promovida pelo CHM, revelou-se fundamental. As úlceras de pressão, enquanto causa importante de morbilidade e mortalidade, afetam a qualidade de vida da pessoa e do cuidador. Entre os doentes hospitalizados a prevalência das úlceras de pressão é elevada (Rocha, Miranda e Andrade, 2006).

A apreensão de recomendações baseadas na evidência científica para a prevenção e tratamento das úlceras de pressão, que possam ser usadas pelos profissionais de saúde foi o intuito com que participámos nesta formação. Atendendo à população-alvo do SCG, é fundamental a aquisição e renovação de conhecimentos nesta área. Atendendo aos recursos disponíveis e às circunstâncias apresentadas pela pessoa, a decisão de adotar alguma recomendação em particular, será tomada sempre pelo profissional de saúde, à luz dos recursos de que dispõe.

Esta atitude manifesta-se em ganhos em saúde, nomeadamente no aumento dos anos de vida; na redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração; na diminuição da incapacidade temporária ou permanente; no aumento da funcionalidade física e psicossocial; e na redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde (DGS, 2012).

Todos reconhecem a importância da recuperação da pessoa em todos os aspetos da sua vivência, o que apenas se torna possível pela integração de cuidados em que diversos profissionais de saúde na equipa interdisciplinar, criam as sinergias necessárias à sua recuperação. Assim sendo, preparar e gerir a alta hospitalar torna-se fundamental, possibilitando a garantia da continuidade dos cuidados. Neste sentido revelou-se fundamental a frequência da Formação “*Cuidados Continuados Integrados*” promovida pelo CHM (Anexo 9).

Como objetivos de frequência desta formação elegemos promover o desenvolvimento de competências no âmbito dos Cuidados Continuados Integrados; reconhecer a importância

de planejar altas, em tempo adequado; compreender a estrutura e o processo do planeamento de altas e cuidados continuados; reforçar as competências necessárias inerentes ao planeamento de altas e à continuidade de cuidados.

Adquirir competências para a prestação de cuidados à pessoa com limitações funcionais, maior grau de dependência e, consequentemente menor qualidade de vida foi o principal objetivo de participar nesta formação.

Apreendemos a importância de elaborar e instituir um plano individualizado de cuidado sem função das necessidades reais da pessoa, de promover uma adequada comunicação e incluir a Família, como parceira, na elaboração do plano individualizado de cuidados. Impõe-se, portanto, a maximização do conforto a par da qualidade de vida, promoção da autonomia e funcionalidade.

Os Cuidados Continuados necessitam dar resposta a questões éticas e deontológicas, nomeadamente à reflexão da metodologia científica e à necessária dose de sensibilidade e humanidade. Na base encontram-se os Princípios da beneficência e não maleficência.

Apreendemos que a preparação da alta de doentes em internamento hospitalar é um processo multidisciplinar/interdisciplinar. Assenta numa avaliação das necessidades do doente e da família e exige uma preparação e responde a essas necessidades com os meios apropriados para a sua satisfação. O planeamento de altas e a continuidade de cuidados formam um todo coerente. De acordo com a Lei de Bases da Saúde, é da responsabilidade do Hospital a acessibilidade aos cuidados continuados (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto Lei de Bases da Saúde).

Entendemos que um mau planeamento da alta pode gerar reinternamentos evitáveis e a reagudização da situação. O planeamento da alta e a continuidade de cuidados não é um tratamento. Resulta deste e da função diagnóstica a ele associada. Não podemos esquecer que a alta é um momento de fragilidade do doente. Na realidade vivemos com padrões de doença crónica, como acompanhamento de doentes mais velhos, com multipatologia aliada a fragilidades socio-ambientais e funcionais.

A mobilização dos aportes lecionados nas diversas UC do curso, nomeadamente nos módulos de Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Dor, Cuidados ao Cliente em Fim de Vida, Espiritualidade revelaram-se um apoio importante para atingir aquilo a que inicialmente nos propusemos.

Com a totalidade das atividades realizadas consideramos ter desenvolvido a competência com êxito.

**(L6) Estabelece relação com pessoas com doença crónica, incapacitante e/ou terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.**

Para a realização de estágio de observação na Equipa Intra-hospitalar de Suporte Cuidados Paliativos do HMS, a relação terapêutica impõe-se no estabelecimento da afinidade necessária com a pessoa e o seu grupo envolvente na gerência da sua doença crónica, incapacitante e terminal.

Procuramos preconizar um acompanhamento sistematizado e individualizado, mirando uma intervenção eficaz. Atendendo à necessidade de estabelecer parcerias terapêuticas, mantendo o respeito pela autonomia individual e a negociação de limites de cuidados, realizámos um estágio de observação na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, o qual permitiu verificar a sua articulação com os diversos serviços e com a comunidade. Esta ação permitiu engrandecer a individualidade da pessoa e verificar o desenvolvimento de uma prestação de cuidados de excelência, os quais incluem a pessoa/família.

A Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos tem como missão prestar cuidados especializados e multidisciplinares à pessoa oncológica e desenvolve ações de ensino aprendizagem no âmbito da prevenção da doença.

No decorrer deste dia de observação assistimos à consulta de enfermagem de controlo de sintomas. De facto, a prestação de cuidados à pessoa oncológica é da responsabilidade de toda a equipa, mas foi visível que cada um se centra em aspetos diferentes de acordo com sua formação e especialidade. A relação entre a equipa, enfermeira e médica, é extraordinária e privilegia e acompanha a pessoa, avalia os sintomas e ajuda a prevenir complicações e ensina a lidar com as limitações que vão surgindo.

Pertinente foi também a frequência da Formação “*Dignidade em Fim de Vida*” (Anexo 10) promovida pelo CHM na qual foi abordada a importância da Esperança nos Cuidados Paliativos e das questões éticas no decurso de todo o processo.

A doença avançada progressiva conduz ao declínio físico e funcional, que por sua vez leva à tomada de consciência da morte impondo novos desafios psicológicos, sociais e espirituais. Entendemos pertinente a promoção da Esperança para um fim de vida com dignidade.

A promoção da esperança é um direito fundamental dos doentes em fim de vida (Barbus, 1975, citado por Ferrel & Coyle, 2002). Estes doentes encontram-se em situação de intenso sofrimento, sendo o principal objetivo dos cuidados paliativos promover, tanto quanto possível e até ao fim, o seu bem-estar e qualidade de vida. (DGS, 2004).

A esperança é alimentada pelos sentimentos positivos associados à definição de objetivos realistas, e também à capacidade de criar planos de sucesso para atingir esses objetivos: o sucesso do passado, o seu impacto no presente, faz acreditar nas capacidades futuras (Snyder e Gum 2002).

Um dos aspetos centrais do cuidar em enfermagem é contribuir para o aumento da capacidade para lidar com situações de crise e manter a qualidade de vida, experienciada como um conforto, encarada como uma possível saída do ciclo de sofrimento (Cavaco *et al.*, 2010).

Apesar da doença avançada e da fase terminal os doentes têm elevados níveis de esperança. Foi-lhes transmitido, no decorrer da formação, que Esperança mais baixa deve-se a medo do futuro, dificuldade na definição de objetivos, e em conseguir ver possibilidades no meio das dificuldades.

O tempo de acompanhamento em cuidados paliativos não contribuiu para aumentar a esperança das pessoas doentes (Querido e Dixe, 2010).

A Esperança é uma área de atenção relevante para a enfermagem.

Acreditamos ter buscado novas e fundamentais aprendizagens para colocar à disposição da promoção de relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e/ou terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

Continuamente apresentaremos a análise das Análise das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista.

### **3.4 – Análise das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista**

As competências específicas do enfermeiro especialista são evidenciadas na articulação entre o PIS, o PAC e o exercício da *práxis* diária.

#### **3.4.1 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**

*Cuida da Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica (OE, 2010:2).*

A prestação cuidados detetando os possíveis focos de instabilidade, gerir o plano terapêutico em função das complicações passíveis de despontar, avaliar e aferir a dor com vista a garantir o bem-estar da pessoa/família, assistir a pessoa e família a gerir a situação de crise, utilizando para tal, a relação terapêutica através da comunicação interpessoal, procurar colmatar as necessidades nutricionais são aspetos fundamentais. A reflexão do exercício clínico impõe-se durante o estágio sendo fulcral ao seu desenvolvimento.

No PAC a visita planeada à Unidade da Dor permitiu a otimização das respostas na gestão diferenciada da dor e do bem-estar, na qual realizamos 8h de observação, as quais se revelaram muito proveitosas.

*Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação (OE, 2010:2).*

A pesquisa bibliográfica e a leitura atenta dos procedimentos institucionais, como o Plano de Emergência e Catástrofe, realizada neste âmbito revelou-se fundamental como ponto de partida para a aquisição da competência em causa.

A participação ativa na execução do simulacro em contexto de inundação, atividade simulada na UCIC, e a respetiva e fulcral reflexão conduziram-nos à valorização dos conhecimentos e aquisição da competência. Tão importante é a atividade que sujeita o

enfermeiro a proceder à adaptação do processo de enfermagem, sem esquecer o doente crítico, numa situação emergente.

***Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE,2010:4).***

A resposta ao controlo de infeção é da responsabilidade de todos os enfermeiros, tendo o enfermeiro especialista uma responsabilidade acrescida neste âmbito.

O PIS responde exatamente a esta problemática permitindo conceber um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica; Liderar o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

No PAC, a visita à CCI teria contribuído grandemente para a total obtenção das unidades de competência. Planeamos 16h de observação, mas o estágio de observação não foi autorizado por indisponibilidade do referido serviço. Importa pois realçar a estreita ligação que estabelecemos com este serviço no decorrer do desenvolvimento dos projetos em mãos. Este facto em nada contribuiu negativamente para o desenvolvimento da competência.

### **3.4.2 - Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa**

***Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida (OE, 2011:2).***

O contacto diário com indivíduos com doença crónica, incapacitante e terminal, e consequentemente a sua visita/acompanhante, no SCG, impõe-nos o desenvolvimento de planos de cuidados individualizados, procurando dar resposta às necessidades prementes

mas sem esquecer a manutenção da sua dignidade. Esta é uma situação constante no SCG, com a qual nos deparamos diariamente.

***Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte (OE, 2011:2).***

A prestação de cuidados só o é na sua essência se estabelecermos, com a pessoa/família, uma relação terapêutica. Neste contexto pretendemos contribuir na gestão da doença, intervindo de forma segura.

A nossa ação não deverá ser individualista, sendo necessário estabelecer relações terapêuticas. Realizamos 8h de observação da ação da Equipa Intra-hospitalar de Cuidados Paliativos, tendo estas sido fundamentais ao nosso crescimento.

A referir que o desenvolvimento do PAC nos permitiu a aquisição e o desenvolvimento das competências supramencionadas. Remetemos para a leitura do capítulo correspondente onde demonstramos o percurso realizado e justificamos a aquisição e o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista.

Neste momento, procedemos à análise relativa à aquisição das competências de Mestre.



## **4 -Análise de Competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Procedemos, neste capítulo, à reflexão sobre a aquisição das Competências de Mestre no contexto da Enfermagem Médico-cirúrgica.

A formação científica caráter profissional, contribui, *“suportado pela evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da enfermagem na área da especialidade* (Departamento de Enfermagem, 2013:5). Também o Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 março, artigo 18º, nº 4 demonstra que o ciclo de estudos que permite a aquisição do grau de mestre deverá assegurar a aquisição de uma especialização de natureza profissional.

Neste contexto impõe-se que o estudante:

*“Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem;*

*Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas;*

*Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva;*

*Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos;*

*Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;*

*Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular”*

(Departamento de Enfermagem, 2013:4-5)

Estas competências e o seu desenvolvimento fica demonstrado na elaboração deste trabalho. É indispensável a reflexão sobre as Competências de Mestre. Procedemos à sua análise criteriosa para o relatório que concluirá este trajeto académico.

***1 - Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.***

A aquisição de Competências do Enfermeiro Especialista responde a esta competência. Os projetos desenvolvidos no decorrer do curso de mestrado foram indispensáveis à aquisição da presente competência. Ao adotarmos como pedra basilar a responsabilidade por cuidados de excelência o desenvolvimento do PIS, na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem evidenciada na otimização de práticas na prestação de cuidados à pessoa em isolamento de contacto, concretamente ao prepararmos a grelha de observação para aplicação sob a equipa de enfermagem e de assistentes operacionais. Com estas atividades demonstrámos competências de supervisão clínica de cuidados. A referir que a nossa ação com a implementação do PIS levou ao reconhecimento do nosso trabalho pela equipa e também permitiu sermos vistos como enfermeiros de referência na área da prevenção e controlo da infeção, tendo a Sr.<sup>a</sup> Enfermeira-Chefe feito o convite para sermos o elemento de ligação à CCI no serviço.

Abreu (2007) demonstra que ao monitorizar, registar e avaliar os procedimentos efetuados de forma a manter a melhoria contínua da qualidade é possibilitado analisar a prática planeando sempre que necessário a criação de condições para a melhoria de desempenho e a prestação de cuidados com segurança. A nossa ação visou a prevenção da doença, a promoção da readaptação pós doença, objetivando a satisfação das necessidades fundamentais, conforme defendido pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001).

No curso de mestrado foi determinante o módulo de Supervisão de Cuidados que se operacionalizou na realização de um trabalho de análise de uma situação problemática à luz do processo de enfermagem, levantando diagnósticos, intervenções de enfermagem que permitiram a tomada da melhor decisão clínica. Também o desenvolvimento do PAC permitiu-nos a aquisição da competência pois a nossa ação visou, essencialmente, a promoção da saúde e a prevenção de complicações.

Das atividades realizadas realçamos:

- ✚ Realização do diagnóstico de situação (aplicando a metodologia de projeto lecionada na UC Investigação) o qual permitiu identificar e gerir o problema identificado;
- ✚ Trabalho de Supervisão Clínica (aplicando a metodologia de supervisão clínica lecionada no Módulo Supervisão de Cuidados) o qual permitiu a análise e tomada de resolução segura;
- ✚ Formação à equipa no âmbito da otimização de práticas na prestação de cuidados à pessoa em isolamento de contacto a qual permitiu contribuir para a qualidade dos cuidados prestados.

***2 - Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas.***

Impõe-se a necessidade de atualização de conhecimentos específicos para o desenvolvimento da nossa profissão. O enfermeiro tem o dever de manter permanentemente um elevado profissionalismo (OE, 2005).

O nosso desenvolvimento pessoal iniciou-se com o Curso de Licenciatura em Enfermagem, o Curso de Formação de Formadores, a realização de Poster *Prevenir a Infecção nos dispositivos intravasculares - Cuidados de Enfermagem Especializados* para apresentação no Encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica, o Curso de Formação Curso Suporte Imediato de Vida, terminando, neste momento, com o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A formação proporciona a aquisição de conhecimentos e adoção de atitudes que nos permite saber e evoluir (Mão de Ferro, 1999). A realização de todos os trabalhos ao longo do curso, de avaliação formativa e em contexto de sala de aula, permitiram diversos momentos de desenvolvimento de conhecimento, promovendo a pesquisa autónoma. Tão importante igualmente demonstrou-se a execução do diagnóstico de situação, o planeamento, a execução e avaliação dos PIS e do PAC.

Das atividades realizadas realçamos:

- ✚ Realização de análise reflexiva das competências de Enfermeiro Mestre em Enfermagem Médico Cirúrgica, competências específicas e comuns do EEMC

assim como do percurso pessoal permitindo identificar as necessidades de formação;

- ✚ Realização de situação de diagnóstico, do planeamento, execução e avaliação do PIS e PAC.

### ***3 - Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva.***

Esta competência foi recrutada aquando do desenvolvimento do PIS e PAC. Os projetos aqui apresentados são exemplos do nosso envolvimento com a equipa de desenvolvimento multidisciplinar. Ao analisar a forte adesão às sessões de formação realizadas, conquistámos o envolvimento da equipa de forma proactiva visando, sempre, a prestação de cuidados de excelência.

O investimento que realizamos permitiu-nos ser identificados como um elemento importante nesta área da especialização demonstrando-se na solicitação por parte da equipa e tendo a Sr.<sup>a</sup> Enfermeira-Chefe feito o convite para sermos o elemento de ligação à CCI no serviço. As nossas competências de liderança e capacidade de resolução de problemas ficou demonstrado no decorrer da nossa ação e implementação do PIS.

Das atividades realizadas realçamos:

- ✚ Realização do diagnóstico de situação (aplicando a metodologia de projeto lecionada na UC Investigação) o qual permitiu identificar e gerir o problema identificado, permitiu ainda a aplicação de conhecimentos na resolução de problemas;
- ✚ Realização do enquadramento concetual deste trabalho tendo permitido definir conceitos e teorias e a sua aplicação no nosso campo de intervenção;
- ✚ O planeamento e a implementação do PIS permitiu colaborar com a CCI e outros líderes visando a prestação de cuidados de excelência;
- ✚ O desenvolvimento das sessões de formação relativas à otimização de práticas na prestação de cuidados à pessoa em isolamento de contacto permitiu assistir enquanto consultor aos restantes profissionais.

### ***4 - Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos.***

A metodologia de trabalho de projeto utilizada no PIS assim como a metodologia de revisão sistemática da literatura demonstram a necessidade de fundamentação permitindo a

aquisição desta competência. As decisões tomadas deverão ser refletidas e baseadas na evidência, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem, é assim o esperado dos especialistas.

No decorrer do curso, os módulos de Supervisão de Cuidados e Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos permitiram a reflexão e consequente tomada de decisão de forma eficaz e eficiente.

No desenvolvimento do nosso projeto está implícita a tomada de decisões baseadas na ética e na deontologia.

Das atividades realizadas realçamos:

- ✚ Efetivação do PIS e PAC recorrendo à metodologia de projeto possibilitaram selecionar as estratégias mais eficazes na resolução do problema identificado de forma baseada;
- ✚ Realização do enquadramento conceitual deste trabalho tendo permitido definir conceitos e teorias e a sua aplicação no nosso campo de intervenção;
- ✚ Realização do PIS, o qual permitiu identificar e gerir o problema identificado, e a realização do trabalho de Supervisão Clínica permitiram a avaliação dos resultados.

##### ***5 - Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.***

A investigação em enfermagem quer-se científica e rigorosa, dando respostas a questões e/ou problemas visando a beneficiação da pessoa (OE, 2006). “A investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual vivemos” (Fortin, 1999:15).

A realização do PIS e PAC permitiu-nos dar um contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados no SCG.

Baseando-nos na metodologia do projeto procedemos à realização de pesquisa bibliográfica baseada na evidência, na procura pelas evidências recentes para desenvolver o PIS. Utilizamos a ferramenta de diagnóstico SWOT e ferramentas de tratamento de dados (Tratamento estatístico) que nos permitiram fundamentar o problema do qual partimos. Os resultados obtidos, e a sua divulgação, assim como a realização e divulgação do poster “*Hipodermoclise – Uma Opção segura nos Cuidados à Pessoa em Fim de Vida*”, elaborado no âmbito do PAC, entendemos ter contribuído de forma ativa para a

Prática de Enfermagem Baseada na Evidência. O mesmo ocorreu com a elaboração e divulgação do poster “*Simulacro em Cenário de Inundação em Unidade de Cuidados Intermédios cirúrgicos: Intervenções Especializadas de Enfermagem*” e em contexto profissional com o poster “*Prevenir a Infecção nos dispositivos intravasculares - Cuidados de Enfermagem Especializados*”.

Verificamos a possibilidade de divulgação do trabalho que realizámos no âmbito do PIS pela publicação de um artigo elaborado. Concluímos que com a implementação do nosso projeto assistimos a melhorias na qualidade dos cuidados prestados no que respeita à otimização de práticas na prestação de cuidados à pessoa em isolamento de contacto.

No decorrer do curso, é dada grande ênfase à investigação, nomeadamente na UC Investigação.

Das atividades realizadas realçamos:

- ✚ Elaboração e posterior publicação de um artigo científico com as conclusões do PIS;

***6 - Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.***

No decorrer deste trabalho na tentativa de realizar a situação diagnóstico observamos as práticas da equipa de enfermagem e de assistentes operacionais, pela aplicação de uma grelha de observação anteriormente elaborada. Concluímos a necessidade de realizar formação pelo que nos propusemos a formar/treinar a equipa no que concerne à otimização de práticas na prestação de cuidados à pessoa em isolamento de contacto, após procedermos a pesquisa com base em fundamentação técnica/científica baseada na evidencia, em normas e legislação emanadas por entidades estatais e científicas.

No decorrer do curso nomeamos o Módulo Formação Contínua Aplicada à Enfermagem o qual nos permitiu a reflexão.

Das atividades realizadas realçamos:

- ✚ Realização do PIS e PAC.

De seguida, procedemos à conclusão do trabalho.

## 5 - Conclusão

Este trabalho pretende espelhar o trilha percorrido até ao momento. O finalizar do curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica revela-se uma etapa muito gratificante. No concluir desta etapa entendemos ter desenvolvido a capacidade de reflexão a qual nos permitiu a aquisição e o desenvolvimento de competências que em muito contribuem para o saber-saber, saber-estar e saber-fazer.

Iniciamos este projeto apresentando o enquadramento concetual no qual assenta o relatório tal como o estágio. Apresentamos no Enquadramento Concetual as definições e os conceitos definidos pela OE nos quais assentam o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O modelo de enfermagem em que nos baseamos, o Modelo da Conservação de Myra Estrin Levine, que pensamos ser ajustável ao estágio realizado. Desenvolvemos a Qualidade em Enfermagem e a Infecção associada aos Cuidados de Saúde. Por fim, o desenvolvimento de competências do enfermeiro.

Apresentámos seguidamente o PIS, ilustrando todos os seus aspetos, particularmente o diagnóstico de situação, o planeamento e a execução, avaliação e divulgação. Atendendo à finalidade do PIS realizámos a Análise das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nomeadamente no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade; Domínio da Gestão dos Cuidados; e Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, procuramos descrever como foram adquiridas e desenvolvidas.

A apresentação do PAC fez-se nos mesmos moldes, contemplando, portanto, o diagnóstico de situação, o planeamento e a execução, avaliação e divulgação. A finalidade do PAC foi o desenvolvimento das Competências Específicas do EEPSC, nomeadamente Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica; Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multivítima, da Conceção à Ação; e Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção perante a Pessoa em Situação Crítica e ou Falência Orgânica, face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas, e EEPSCP, concretamente Cuida da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem estar, conforto e qualidade de vida; e Estabelece relação com pessoas com doença crónica,

incapacitante e/ou terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte pelo que procedemos à sua análise.

Com o intuito de refletir acerca do nosso percurso, para o qual contribuiu o PIS e o PAC, procedemos à análise das Competências de Mestre. Atendendo ao nosso percurso aqui espelhado procuramos evidenciar de que modo todas as competências supramencionadas foram adquiridas e desenvolvidas.

Apresentámos, inicialmente, dois objetivos: primeiramente, os objetivos do estágio, seguido dos objetivos do relatório. Acreditamos ter atingido os objetivos propostos. Vejamos: Fundamentámos e aprofundámos o diagnóstico de situação e planeamento do PIS no âmbito da problemática de enfermagem médico-cirúrgica, identificado no SCG, permitindo o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista; executámos, avaliámos e divulgámos o planeado.

Planeámos, avaliámos e executámos o PAC, visando o desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Por fim, analisámos reflexivamente as competências de Mestre, sistematizando as nossas aprendizagens, nomeadamente as Competências Clínicas Específicas, Desenvolvimento Autónomo de Conhecimento e Competências, Desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio, Equipas de Desenvolvimento Multidisciplinar, Investigação para promoção da prática de enfermagem baseada na evidência e, Formação de Pares e Colaboradores.

Neste momento concluímos que planear e implementar um projeto se relevou um processo complexo. Importa pois assegurar a manutenção do nosso PIS, pelo que nos propomos a dar-lhe continuidade.

Quanto aos objetivos do relatório, consideramos que refletimos acerca do desenvolvimento de competências (comuns e específicas) do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, adquiridas no contexto do estágio, através da fundamentação do relatório com o enquadramento concetual acerca da Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Modelo da Conservação de Levine e do Desenvolvimento de Competências nos Enfermeiros. Apresentação do PIS, descrevendo o diagnóstico de situação, planeamento, execução e avaliação do mesmo; Apresentação do PAC, descrevendo o diagnóstico de situação e o respetivo planeamento do mesmo, a sua execução e avaliação; e, Análise reflexiva das competências (comuns e específicas) do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Vivenciaram-se aspetos facilitadores e aspetos constrangedores no decorrer desta etapa.



Como aspeto facilitador, realçamos a disponibilidade da professora orientadora no decorrer do nosso percurso, assim como a realização deste caminho na companhia de duas colegas profissionais que em muito permitiu o incentivo pela busca do conhecimento e a transmissão de apoio nos momentos de maior dificuldade. Realçamos, ainda, a facilidade de aceder a bases de dados científicas disponibilizadas pelo IPS

uma vez que sem a tecnologia Virtual Private Network, a procura de conhecimento estaria bastante dificultada. Fundamental revelou-se o contributo dos aportes teóricos lecionados no decorrer do curso, os quais mobilizámos, sempre com suporte na evidência, para alcançar o desenvolvimento e o término desta etapa.

A dificuldade sentida em realizar uma eficaz gestão do tempo é um aspeto que demarcamos como constrangedor. O aliar o papel de estudante e o papel de profissional implica uma rigorosa gestão pessoal de tempo. Também as vivências pessoais estão entre os elementos dificultadores, senão o principal, ao desenvolvimento do nosso trabalho.

De forma a concluir o objetivo principal deste curso, obter o grau de Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, apresentamos o presente trabalho o qual procuraremos divulgar. Com esta ação completaremos a etapa de transição de Enfermeiro Licenciado a Enfermeiro Especialista e Mestre.



## Bibliografia

Antes de apresentarmos as referências consultadas no decorrer da elaboração do presente Relatório de Trabalho de Projeto, importa mencionarmos que as mesmas serão apresentadas de acordo com a NP 405, conforme referido na Introdução.

- ABREU, Wilson - *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico: Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas*. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN: 978-972-8485-87-0;
- BARBIER, Jean-Marie - *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto: Porto Editora, 1996. ISBN: 972-0-34106-8;
- BENNER, Patrícia – *De iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Editora Quarteto, 2001. ISBN: 972 -8535-97-X;
- BOLICK, Dianna *et al.* - *Segurança e Controle de Infecção*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000. ISBN: 85-87148-40-0;
- CAMPOS, Luís *et al.* - Prevenir la infección nosocomial. *Revista ROL* de enfermería. ISSN: 0210-5020. Vol. 29, Nº 6, (2006). p. 43-48;
- CCI – Comissão de controle de infeção. Disponível em: Intranet do CHM. [Consultado em 12/03/2014];
- CERQUEIRA, Maria Manuela Amorim – *O cuidador e o doente paliativo: análise das necessidades / dificuldades do cuidador para o cuidar do doente paliativo no domicílio*. Coimbra: Formasau, 2005. ISBN: 972-8485-49-2;
- CGR – Comissão de gestão de risco. Disponível em: Intranet do CHS. [Consultado em 12/03/2014];
- DECRETO-LEI Nº 161/96. Diário da República, 1ª Série. [Em Linha]. Nº 205 (4-9-1996), p. 2959-2962. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). [Consultado a 10 de junho de 2014]. Disponível em <http://www.dre.pt/pdf1s/1996/09/205A00/29592962.pdf>;
- DECRETO-LEI Nº 74/2006. Diário da República, 1ª Série. [Em Linha]. Nº 60 (24-3-2006), p. 2242-2257. Graus académicos e diplomas do ensino superior. [Consultado a 15 de julho de 2014]. Disponível em [http://alfa.fct.mctes.pt/apoios/bolsas/DL\\_74\\_2006.pdf](http://alfa.fct.mctes.pt/apoios/bolsas/DL_74_2006.pdf);

- DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – *Fundamentos, enquadramento e roteiro normativo de Relatório de Projeto*. Setúbal: ESS/IPS, 2013. Documento de Apoio;
- DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - *Guia de Curso: 1º Semestre*. Setúbal: ESS/IPS, Ano letivo 2013/2014. Documento de Apoio ao 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - *Guia de Curso: 2º Semestre*. Setúbal: ESS/IPS, Ano letivo 2013/2014. Documento de Apoio ao 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - *Guia de Curso: 3º Semestre*. Setúbal: ESS/IPS, Ano letivo 2013/2014. Documento de Apoio ao 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - *Guia Orientador dos Estágios de 2º e 3º Semestre* – Setúbal: ESS/IPS, 2012. Documento de Apoio ao 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – *Guia para a Elaboração do Relatório de Trabalho de Projeto/Estágio*. Setúbal: ESS/IPS, 2014/2015. Documento de Apoio ao 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – *Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Setúbal: ESS/IPS, 2014. Documento de Apoio ao 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- DIAS, Teresa *et al.* – Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. [Em linha]. Vol. 64, Nº 5, (2011). p. 931-937. [Consultado a 23 de novembro de 2014]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a20v64n5.pdf>. ISSN: 0034-7167;
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Circular Normativa n.º 14/DGCG de 13/07/04 – Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. [Em Linha]. 2004. [Consultado a 05 de outubro de 2014]. Disponível em [http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano\\_Nacional\\_CP\\_-\\_Circular\\_Normativa\\_\(DGS\\_13-7-2004\).pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_(DGS_13-7-2004).pdf)
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção. Relatório Programa Nacional de Controlo de Infecção*. Lisboa, março, 2009;

- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016*. [Em Linha]. 2012. [Consultado a 08 de outubro de 2014]. Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. [Em Linha]. 2007. [Consultado a 08 de outubro de 2014]. Disponível em [http://www.anci.pt/sites/default/files/Programa\\_nacional\\_de\\_prevencao\\_e\\_controlo\\_de\\_infeccao\\_associada\\_oas\\_cuidados\\_de\\_saude\\_0.pdf](http://www.anci.pt/sites/default/files/Programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf);
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, Manual de Operacionalização*. [Em Linha]. 2008. [Consultado a 08 de outubro de 2014]. Disponível em [http://www.anci.pt/sites/default/files/Programa\\_nacional\\_de\\_prevencao\\_e\\_controlo\\_de\\_infeccao\\_associada\\_oas\\_cuidados\\_de\\_saude\\_0.pdf](http://www.anci.pt/sites/default/files/Programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf);
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, Departamento da Qualidade na Saúde – *Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção 2010. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. [Em Linha]. 2010. [Consultado a 08 de outubro de 2014]. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/ficheiros-de-upload/relatorio-ip-2010-pdf.aspx>;
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, Divisão da Segurança Clínica – *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção associada aos cuidados de saúde – Manual de Operacionalização*. [Em Linha]. 2008.[Consultado a 15 de outubro de 2014]. Disponível em [http://www1.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP\\_ManualdeOperacionalizacao.pdf](http://www1.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf);
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Circular Normativa n.º 11/DSCS/DPCD de 18/06/08 – Programa Nacional de Controlo da Dor*. [Em linha]. 2008. [Consultado a 8 julho 2014]. Disponível em [http://www.atlasdasaude.pt/sites/default/files/ficheiros\\_anexos/programa\\_nacional\\_de\\_controlo\\_da\\_dor.pdf](http://www.atlasdasaude.pt/sites/default/files/ficheiros_anexos/programa_nacional_de_controlo_da_dor.pdf);
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Circular Normativa n.º 18/DSQC/DSC de 15/10/2007 – Comissões de Controlo de Infecção*. [Em Linha]. 2007. [Consultado a 08 de outubro de 2014]. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-18dsqcdsc-de-15102007-pdf.aspx>;

- FERREIRA, Tânia *et al.* – Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. *Aquichán*. [Em linha]. Vol. 9, Nº 1, (2009). [Consultado a 23 de novembro de 2014]. Disponível em [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972009000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972009000100004&script=sci_arttext); ISSN: 1657-5997;
- FERREL, Betty; COYLE, Nessa - An Overview of Palliative Nursing Care. *American Journal of Nursing*. [Em Linha]. Vol. 102, Nº 5, (2002). p. 26-31. [Consultado a 10 de dezembro de 2014]. Disponível em [http://www.nursingcenter.com/http://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2002/05000/An\\_Overview\\_of\\_Palliative\\_Nursing\\_Care\\_Studies.30.aspx](http://www.nursingcenter.com/http://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2002/05000/An_Overview_of_Palliative_Nursing_Care_Studies.30.aspx);
- FLÓRIO, Maria Cristina; GALVÃO, Cristina Maria - Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. *Revista Latino-Am. Enfermagem*. [Em Linha]. Vol. 11, Nº 5, (2003). p. 630-637. [Consultado a 14 de julho de 2013]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n5/v11n5a10.pdf>. ISSN: 0104-1169;
- FORTIN, Marie-Fabien. – *O processo de investigação – da conceção à realização*. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X
- FORTIN, Marie-Fabienne *et al.* - *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5;
- GEORGE, Julia *et al.* - *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional*. 4ª Edição. Porto Alegre: ArtMed Editora, 2000. ISBN: 9788573075878;
- GOMES, Giselle *et al.* - Cuidados de enfermagem dispensados aos pacientes com tubo orotraqueal: avaliação realizada em unidade de terapia intensiva. *Journal of Nursing UFPE*. [Em linha]. Vol. 3, Nº 4, (2009). p. 20-25. [Consultado a 03 de dezembro de 2014]. Disponível em <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=revista%20de%20enfermagem%20ufpe%20online%20cuidados%20de%20enfermagem%20para%20pacientes%20com%20tubo%20orotraqueal%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20realizada%20em%20unidade%20de%20terapia%20intensiva&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ufpe.br%2Frevistaenfermagem%2Findex.php%2Frevista%2Farticle%2Fdownload%2F88%2F2913&ei=p9WBUMX9OYi7hAeVxoHIDA&usg=AFQjCNGzBM9TkIupyiuJgmDa8aHQYUQ>. ISSN: 1981-8963;

- GUM, Amber; SNYDER, C. R. – Coping with Terminal Illness: The Role of Hopeful Thinking. *Journal of Palliative Medicine*. [Em Linha]. Vol. 5, Nº 6, (2002). p. 883-894. [Consultado a 11 de dezembro de 2014]. Disponível em <http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/10966210260499078>;
- **LEI Nº 48/90, de 24 de agosto, com as alterações introduzidas pela LEI Nº 27/2002, de 8 de novembro.** [Em Linha]. **Lei de Bases da Saúde.** [Consultado a 10 de junho de 2014]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>;
- LEITE, Elvira; MALPIQUE, Manuela; SANTOS, Milice – *Trabalho de Projeto: Aprender por Projetos Centrados em Problemas*. 4ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 2001. ISBN: 972-36-0216-4;
- MÃO DE FERRO, António - *Na Rota da Pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri, 1999. ISBN: 972-772-069-2;
- MARTINS, José Carlos - Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Revista Pensar Enfermagem*. [Em Linha]. Vol. 12, Nº 2, (2008). p. 62 - 66. [Consultado a 15 de dezembro de 2014]. Disponível em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008\\_12\\_2\\_62-66.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf);
- MARTINS, Maria – *Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Prevenção e Controlo*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Medsi, Editora Médica e Científica Ltda, 2001. ISBN: 85-7199-256-8;
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Administração Regional de Saúde do Algarve: Departamento de Saúde Pública, Comissão de Controlo da Infecção dos Cuidados de Saúde Primários - *Precauções de Isolamento: Manual de Boas Práticas*. [Em Linha]. 2008. [Consultado a 15 de outubro de 2014]. Disponível em [http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/sites/default/files//images/centrodocs/normas/normas\\_IACS/normas\\_regionais/Precaucoes\\_de\\_Isolamento.pdf](http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/sites/default/files//images/centrodocs/normas/normas_IACS/normas_regionais/Precaucoes_de_Isolamento.pdf);
- NUNES, Lucília – *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: ESS/IPS, 2013. Departamento de Enfermagem. Documento de Apoio ao Mestrado em Enfermagem. [Consultado a 5 de junho de 2014].Disponível em

<http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>;

- NUNES, Lucília *et al.* – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*. [Em Linha].Nº 15, (2010). [Consultado a 25 de junho de 2014].Disponível em [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf). ISSN: 1646-5067;
- NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. 1ª Edição. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN – 972-99646-0-2.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Código Deontológico*. [Em Linha]. 2009. [Consultado a 02 de julho de 2014]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. [Em Linha]. 2003. [Consultado a 27 de junho de 2014]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/competenciasEnfCG.pdf>;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Dor. Guia Orientador de Boa Prática*. Cadernos Ordem dos Enfermeiros. Série I, N.º 1. Edição Ordem dos Enfermeiros, 2008. ISBN: 978-972-99646-9-5;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. [Em Linha]. 2006. [Consultado a 02 de julho de 2014]. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf);
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001. [Consultado a 02 de julho de 2014]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Recomendações para a elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados*. [Em Linha]. 2007. [Consultado a 12 de março de 2014]. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend\\_Manuais\\_BPraticas.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf);



- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. [Em Linha].2010. [Consultado a 12 de julho de 2014]. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf);
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011a. [Consultado a 6 de Junho de 2014]. Disponível em <URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC\\_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf) >.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010b. [Consultado a 6 de Junho de 2014]. Disponível em <URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. [Em Linha].2010. [Consultado a 15 de julho de 2014]. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf);
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. [Em Linha]. 2011. [Consultado a 24 de junho de 2014]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento dos Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem*. (2001) in <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf> [Consultado a 9 de julho de 2013];

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – *Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital – Um Guia Prático*. [Em Linha]. 2ª Edição. 2002. [Consultado a 15 de outubro de 2014]. Disponível em [http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/man\\_oms.pdf](http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/man_oms.pdf);
- PACHECO, Susana - *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética*. 2ª Edição. Loures, Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-30-4;
- PEREIRA, Milca *et al.* – A Infecção Hospitalar e suas Implicações para o Cuidar da Enfermagem. *Texto & Contexto Enferm.* [Em linha]. Vol. 14, Nº 2, (2005). p. 250-257. [Consultado a 7 de junho de 2014]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a13v14n2.pdf>. ISSN: 0104-0707;
- PINA, Elaine *et al.* - Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. [Em linha]. Vol. 10, (2010). p. 27-39. [Consultado a 17 de março de 2014]. Disponível em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/4-Infecoes%20associadas%20aos%20cuidados%20de%20saude%20e%20seguranca%20do%20doente.pdf>. ISSN: 1518-1944;
- Plano de ação de Cirurgia Geral. 2011. in *Intranet do CHM*;
- PROVONOST, Peter *et al.* - An Intervention to Decrease Catheter - Related Bloodstream Infections in the ICU. *The New England Journal of Medicine*. [Em Linha]. Vol. 355, Nº 26, (2006). p. 2725-2732. [Consultado a 18 de novembro de 2014]. Disponível em <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa061115>;
- QUERIDO, Ana; DIXE, Maria dos Anjos - A Esperança e qualidade de vida dos doentes em cuidados paliativos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. [Em Linha]. (2010). p. 613-622. [Consultado a 15 de dezembro de 2014]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.8/417>;
- RAMALHO, Anabela – *Manual para Redacção de Estudos e Projetos de Revisão Sistemática com ou sem metanálise: estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem*. Coimbra: Formasau, 2005. ISBN: 972-8485-54-9;
- ROCHA, M.; MIRANDA, M.; ANDRADE, M. – Abordagem Terapêutica das Úlceras de Pressão - Intervenções baseadas na evidência. *Acta Médica Portuguesa*. [Em Linha]. Vol. 19, (2006). p. 29-38. [Consultado a 03 de dezembro de 2014]. Disponível em <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/908/581>;

- ROSA, Luciana *et al.* - Referenciais de Enfermagem e Produção do Conhecimento Científico. *Revista Enfermagem UERJ*. [Em linha]. Vol. 18, Nº 1, (2010). p. 120-125. [Consultado a 29 de junho de 2014]. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a21.pdf>;
- SANTOS, Marcos - Texto de apoio sobre a análise SWOT e selecção de prioridades. *Centro de Investigação em Sociologia e Antropologia “Augusto da Silva”*. [Em linha]. Évora: Universidade de Évora, 2007. [Consultado a 13 de junho de 2014]. Disponível em [http://home.uevora.pt/~mosantos/download/SWOT\\_Prioridades\\_25Mar09.pdf](http://home.uevora.pt/~mosantos/download/SWOT_Prioridades_25Mar09.pdf);
- SIEGEL, Jane *et al.* - *2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. [Em Linha]. 2007. [Consultado a 15 de outubro de 2014]. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf>;
- [SOUSA DIAS, Conceição - Prevenção da Infecção Nosocomial da Infecção Nosocomial – Ponto de vista do especialista. \*Revista Portuguesa de Medicina Intensiva\*. \[Em Linha\]. Vol. 17, Nº 1, \(2010\). p. 47-53. \[Consultado a 15 de dezembro de 2014\]. Disponível em \[http://www.spci.pt/revista/vol\\\_17/2010331\\\_rev\\\_mar10\\\_volumel7n1\\\_47a53.pdf\]\(http://www.spci.pt/revista/vol\_17/2010331\_rev\_mar10\_volumel7n1\_47a53.pdf\);](#)
- SOUZA, Adénia *et al.* – Conhecimento dos graduandos de enfermagem sobre equipamentos de proteção individual: a contribuição das instituições formadoras. *Revista Eletrónica de Enfermagem*. [Em linha]. Vol. 10, Nº 2, (2008). p. 428-437. [Consultado a 29 de junho de 2014]. Disponível em [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v10/n2/pdf/v10n2a14.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n2/pdf/v10n2a14.pdf). ISSN: 0874-0283;
- TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – *Teóricas de Enfermagem e sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-74-6;
- WILSON, Jennie - *Controlo de Infecção na Prática Clínica*. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 978-972-8383-57-2;



# Apêndices



## **Apêndice 1: Artigo**





# **Otimização de Práticas na Prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto**

---

M<sup>a</sup> João Nunes<sup>1</sup> Mariana Pereira<sup>2</sup>

**RESUMO:**No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, durante o estágio, desenvolveu-se o Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) com o tema Otimização de Práticas na Prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto. Teve como objetivo geral "Promover a segurança dos cuidados à pessoa num serviço de Cirurgia Geral de um Hospital da Margem Sul em situação de isolamento".

Apresentamos as etapas sequenciais Diagnóstico de Situação; Planeamento e Execução; e Avaliação. O Projeto realizado permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem e na equipa de assistentes operacionais no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação de isolamento de contacto. Verificou-se a promoção de mudanças de comportamento que se refletiram num melhor cuidar.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Prevenção e Controle de Infecção; Infecção Associada aos Cuidados de Saúde; Qualidade de Cuidados; Isolamento de Contacto.

## **ABSTRACT:**

Under the Master of Medical-Surgical Nursing , during the training , we developed the Intervention Project in Service (PIS) with the theme Optimization of Practices in Care for People with Contact Precautions. It aimed to "promote the safety of care to the person in a General Surgery Service of Hospital in South in isolation situation."

We present the sequential steps Diagnostic situation; Planning and execution; and Evaluation. The accomplished project allowed the acquisition and development of skills in the nursing team and the team of assistants in the provision of care to the person in contact precautions. It was found that the promotion behavioral changes reflected in better care.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Infection Prevention and Control; Health care-associated infections; Quality of Care; Contact precautions.

---

<sup>1</sup>Enfermeirano HMS, mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica

<sup>2</sup> Professora Adjunta na ESS/IPS, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Mestre em Ciências da Educação, Doutoranda em Enfermagem

## INTRODUÇÃO

A questão da qualidade não é nova nem contemporânea é no entanto consensual a sua importância para a otimização dos recursos e a prestação dos melhores serviços. Concretamente no campo da saúde, Donabedian (1988) classifica qualidade como *“a obtenção de maiores benefícios com os menores riscos para o paciente, benefícios estes, que por sua vez, se definem em função do alcançável, de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes”* (Martins, 2001).

A qualidade em enfermagem impõe a procura da melhoria e busca o sentido da excelência. Ciente disto, a Direção Geral de Saúde reconhece que *“os serviços dependentes do Ministério da Saúde, para garantirem os direitos constitucionais dos cidadãos, assim como as suas preferências e expectativas, têm o dever de potenciar a qualidade da prestação de cuidados de saúde. É, portanto, necessário continuar a difundir e rapidamente sedimentar uma cultura de melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados oferecidos pelas unidades do Serviço Nacional de Saúde e pelas que por ele são contratualizadas.”* (DGS, 2010:5).

Sendo a garantia de qualidade uma obrigação de todos os profissionais, percebemos que evidencia-se nas competências esperadas dos Enfermeiros de Cuidados Gerais, nomeadamente no Domínio Desenvolvimento Profissional, onde se estabelece que o Enfermeiro *“Contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem”* (OE, 2011:23). Ressalva-se que dos Enfermeiros Especialistas é esperado que tenham um papel mais ativo, tendo uma maior responsabilidade neste âmbito.

A infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) é uma infeção adquirida pela pessoa em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, podendo afetar os profissionais no decorrer da sua atividade (DGS, 2007<sup>a</sup>).

Estranha-se a real proporção de IACS potencialmente evitáveis, mas segundo estudos realizados, conclui-se que pelo menos 20% da totalidade das infeções, provavelmente, serão evitáveis (Pina *et al*, 2010). O Plano Nacional Controlo Infeção (DGS, 2007<sup>b</sup>) tem como missão *“melhorar a qualidade dos cuidados prestados nas unidades de saúde, através de uma abordagem integrada e multidisciplinar para a vigilância, a prevenção e o controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde”*.

O número de infeções e a resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são uma inquietação, *“Os internamentos prolongados não só aumentam os custos diretos dos*

*doentes ou dos pagadores como também os custos indiretos devidos a perda de produtividade. O aumento da utilização de fármacos, a necessidade de isolamento e o recurso a ulteriores estudos laboratoriais e outros meios diagnósticos, também contribuem para os custos”* (OMS, 2002).

A diminuição da taxa de infeção é percebida como um indicador de qualidade, compreende-se pois que a prevenção se impõe como garante da qualidade dos cuidados prestados (Campos *et al.*, 2006).

Os enfermeiros podem cooperar para a redução dos índices de infeção hospitalar, através da adoção de medidas de precaução (Souza *et al.*, 2011). As boas práticas, compreendemos, deverão ser uma constante no nosso exercício profissional.

Pina *et al.* (2010) sustenta que no decorrer da prestação de cuidados à pessoa, se verifiquem ações que permitam a prevenção da transmissão cruzada de microrganismos. Estas ações serão a primeira barreira constituindo as Precauções Básicas e Isolamento.

Em qualquer instituição de saúde se verifica um ambiente onde convivem pessoas infetadas e outras com risco elevado de contrair infeção. Wilson (2003) narra que os profissionais para além do uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), devem igualmente ter cuidado com o equipamento e materiais utilizados nos cuidados prestados à pessoa, controlo ambiental, manuseamento de resíduos hospitalares, prevenção e controlo da infeção.

Para Martins (2001) controle da infeção denota ser detentor de conhecimento da situação real do problema e estabelecer medidas que a solucionem ou a coloquem num plano aquém da média aceitável. A mesma autora define isolamento como a *“segregação de pessoas ou animais infectados durante o período de transmissibilidade da doença, em lugar e condições que evitem a transmissão do agente infeccioso aos susceptíveis”* (Martins, 2001:22).

A transmissão por contacto é a via mais comum e mais importante de transmissão de doenças infecciosas. A transmissão de microrganismos implica o contacto físico direto entre o profissional e a pessoa, ou mesmo entre doentes. A transmissão por contacto indireto envolve o contacto do doente com um objeto intermediário, geralmente inanimado, por exemplo objetos pessoais.

## DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A metodologia de projeto tem como “*objectivo principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projectos numa situação real. [Consiste] numa ponte entre a teoria e a prática*” (Nunes *et al*, 2010:3).

O Diagnóstico de Situação equivale à primeira etapa da metodologia de projeto, a qual “*visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende actuar e mudar*” (Nunes *et al*, 2010:10).

Os estágios decorreram num Serviço de Cirurgia Geral e, após realização de entrevista não estruturada de carácter exploratório com a Enfermeira Chefe e a Enfermeira Orientadora, concluiu-se que as necessidades sentidas impõem trabalhar no âmbito dos isolamentos. De acordo com Nunes *et al* (2010:12), “*(...) um dos aspectos mais importantes consiste na avaliação da qualidade e pertinência do problema*”.

Procuramos desde cedo envolver a equipa no projeto, pelo que, informalmente, os profissionais do SCG foram abordados acerca da importância da temática. A sua opinião revelou-se favorável. A escolha das ferramentas cingiu-se à aplicação da ferramenta SWOT. A análise SWOT é “*uma das técnicas mais utilizada na investigação social, quer na elaboração de diagnósticos, quer em análise organizacional*” (Santos, 2009:14). Da análise desta ferramenta, foi possível perceber que os fatores positivos de ordem interna – Forças - são claramente superiores, o que demonstra um ambiente interno favorável para a implementação de um projeto nessa área.

Verifica-se a tendência para as pessoas com infeções, mesmo que transmissíveis, se manterem nos serviços correspondentes às patologias que causaram o internamento. Esta prática cria situações de risco de transmissão IACS. Importa, pois, estabelecer medidas básicas que visem a prevenção da transmissão da infeção, baseadas nas fontes e vias de transmissão de infeção - por contacto (direto ou indireto). De salientar que no SCG são realizados isolamentos de contacto, sendo os restantes devidamente encaminhados.

Concretamente no Hospital Margem Sul (HMS), o inquérito de prevalência (IP) realizado em 2012, aplicado a todos os doentes com internamento superior a 24, revelou a prevalência de doentes com IACS de 13,6%. No SCG, num total de 37 doentes estudados dos quais 6 apresentavam IACS, foi aferida uma prevalência de 16,2% de doentes com IACS. Na globalidade do inquérito assinalaram-se 32 IACS em 29 doentes. Impõe-se, pois,

proceder à caracterização microbiológica das IACS, tendo-se concluído a percentagem de *Staphylococcus aureus resistente à meticilina*(MRSA) no dia do IP de 71,4% (Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção, HMS, 2012).

Procedeu-se à elaboração de uma grelha de observação dos procedimentos realizados pelos enfermeiros e assistentes operacionais, com o objetivo de identificar e analisar as ações dos elementos da equipa de enfermagem e da equipa de assistentes operacionais, relativos aos procedimentos sobre Precauções de Isolamento a aplicar à pessoa em situação de isolamento de contacto. A referida grelha foi aplicada por observação direta, e conduzida de modo aberto, sem interferir com a dinâmica do serviço em questão e mantendo o anonimato dos profissionais. Recorreu-se para o tratamento de dados a análise quantitativa recorrendo ao programa Excel.

O problema geral centra-se na atuação que não limita ou suprime a propagação de doenças provocadas por microrganismos transmissíveis.

Identificam-se os problemas parcelares que são os seguintes:

- Necessidade de uniformização de procedimentos sobre Precauções de Isolamento em vigor no HMS;
- Níveis de atuação desiguais relativamente às Precauções de Isolamento.

Nesta sequência, o Objetivo Geral é *Promover a segurança dos cuidados à pessoa num Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital da Margem Sul em situação de isolamento.*

Para conseguir materializar o objetivo definido, definimos Objetivos Específicos:

1. *Divulgar junto da Equipa Multidisciplinar informação atualizada sobre a temática Precauções de Isolamento;*
2. *Melhorar os procedimentos da Equipa Multidisciplinar relativamente às Precauções de Isolamento;*
3. *Avaliar a implementação do projeto;*
4. *Divulgar o projeto.*

## **PLANEAMENTO E EXECUÇÃO**

O Planeamento do Projeto, devendo ser bem definido, concretizável e realista, surge estruturado em quatro pontos, nomeadamente Atividades, Indicadores de Avaliação e Estratégias; Recursos; Constrangimentos; e, Aspetos Éticos.

A Execução “*materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado*” (Nunes *et al*, 2010:23). De acordo com o planeamento a execução decorreu naturalmente

ao longo do nosso percurso. A avaliação permitirá dar visibilidade ao nosso projeto. Os parâmetros Execução e Avaliação são apresentados simultaneamente partindo dos objetivos específicos delineados.

Relativamente ao **1º Objetivo Específico** - *Divulgar junto da Equipa Multidisciplinar informação atualizada sobre a temática Precauções de Isolamento*, foram executadas as atividades realização de Revisão Bibliográfica e elaboração de Artigo.

Relativamente ao **2º Objetivo Específico** - *Melhorar os procedimentos da Equipa Multidisciplinar relativamente às Precauções de Isolamento*, foram executadas as atividades calendarização e marcação de ação de formação e treinar a Equipa (Enfermeiros e Assistentes Operacionais) nos procedimentos relativos às Precauções de Isolamento.

Relativamente ao **3º Objetivo Específico** - *Avaliar a implementação do projeto* foram executadas as atividades reflexão continua sobre a implementação do projeto, a realização de observações aplicando a mesma grelha de observação utilizada no Diagnóstico de Situação e a apresentação dos resultados das novas observações.

Relativamente ao **4º Objetivo Específico** – *Divulgar o projeto* foi escrito o presente artigo.

## **AValiação**

Procedemos à **Realização de observações aplicando a mesma grelha de observação utilizada no Diagnóstico de Situação**. Evidencia-se a necessidade de avaliar de forma sistemática a prestação de cuidados para determinar se estão a ser realizados de acordo com o preconizado. Esta ação revela-se como uma ferramenta indispensável na manutenção da qualidade dos cuidados prestados pela equipa (Dias et al., 2011).

A **apresentação dos resultados das novas observações** foi realizada conforme previsto pretendendo-se a obtenção de resultados superiores às primeiras observações consideramos que tal foi superado, demonstrado no relatório de Apresentação e Análise de Resultados das Observações. De forma resumida referimos as mudanças mais significativas:

- No âmbito da Higienização das Mãos verificou-se um aumento de 31% para 60% de Enfermeiros que higienizam as mãos antes do contacto com o doente. Na categoria de AO 45% higieniza as mãos antes do contacto com o doente após o nosso momento formativo, sendo que anteriormente se verificou uma percentagem de 6%;
- A distribuição de AO que higieniza as mãos após o risco de exposição a fluidos orgânicos passou de 50% para 73% dos profissionais;

- Após o contacto com o doente ou com a sua unidade verificamos um aumento de 69% para 80% de enfermeiros que higienizam as mãos; Relativamente à categoria profissional de AO 91% destes profissionais cumprem este enunciado enquanto inicialmente apenas 31% o fez;
- A totalidade dos enfermeiros visados nas observações realizadas higieniza as mãos após a remoção do EPI, enquanto nos momentos que precederam os momentos formativos cumpriram este requisito 69%. Verificou-se um aumento de 31% para 82% de AO que cumprem o definido;
- Verificamos um aumento de 12% para 20% dos enfermeiros que retira jóias e adornos das mãos e antebraços antes de iniciar a higienização das mãos, cumprindo a técnica de higiene das mãos. Relativamente à categoria profissional de AO 9% cumpre este requisito sendo que anteriormente à realização da sessão formação se verificou uma percentagem 6%;
- 62% dos enfermeiros apresenta unhas limpas, curtas, sem verniz aquando das observações iniciais. Após a execução do PIS, a totalidade dos enfermeiros (100%) cumpre este requisito. Aferimos um aumento de 69% de AO para 91% que apresenta unhas limpas, curtas, sem verniz;
- Ao iniciarmos o PIS a totalidade dos AO, 100%, não cumpriram a correta higienização das mãos, não friccionando as mãos não cumprindo ainda os tempos de contacto e as áreas a abranger. Na fase de avaliação concluímos que 45% cumpre o enunciado em causa – fricciona as mãos respeitando a técnica, os tempos de contacto e as áreas a abranger;
- No âmbito da utilização de EPI, verificamos uma preocupação crescente em assegurar a existência de um local onde depositar o material usado. Assim identificamos um aumento de 50% para 70% de enfermeiros que asseguram esta premissa. Para este mesmo enunciado concluímos um aumento de 56% para 73% dos AO;
- Impõe-se a utilização de material e/ou equipamento no quarto/unidade da pessoa em situação de isolamento de contacto de forma individualizada. Verificamos a utilização de luvas pela totalidade dos profissionais de ambas as categorias profissionais. A distribuição de enfermeiros que remove luvas imediatamente após o procedimento subiu de 87% para 90%. Muito expressivo é o valor representativo da categoria profissional AO verificando-se um aumento de 19% para 82%;

- Entendemos pertinente o aumento verificado relativamente à distribuição de profissionais que usa bata devidamente abotoada/atada atrás. Verificamos que 70% dos enfermeiros cumpre o enunciado, sendo que inicialmente apenas 31% dos profissionais de enfermagem o respeitou. Na categoria de AO concluímos um aumento de 50% para 73%;
- Finalizando o procedimento a executar, concluímos um aumento de 37% para 90% dos enfermeiros que remove bata/avental imediatamente. Em relação aos AO apenas 25% cumpria o requisito, sendo que após a formação executada 64% retira imediatamente bata/avental após a prestação de cuidados;
- Quando existe o risco de salpicos de fluidos orgânicos para a face, verificamos uma preocupação por parte dos profissionais o que se verifica na utilização de máscara esta bem ajustada à face. Inicialmente, no término do procedimento executado 63% dos enfermeiros observados, removem este EPI. Após a realização da formação verificamos que 90% respeitam este enunciado; 19% AO cumpriram com o desejado verificando-se um aumento para 82%, removendo este equipamento logo após ao finalizar da prestação de cuidados;
- Se a totalidade dos enfermeiros, 100%, apuramos, retira o somatório dos equipamentos de proteção individual empregado no momento que antecede a sua saída do quarto/unidade, verificamos um aumento de 25% para 73% na categoria AO;
- Tão importante como retirar a totalidade do equipamento de proteção individual antes de sair do quarto/ unidade é cumprir a sua retirada da forma preconizada. Neste enunciados verificamos um aumento de 75% para 90% dos enfermeiros. Aferimos analogamente aos AO um aumento de 31% para 73% destes profissionais praticam corretamente a retirada dos dispositivos bata e luvas enrolando-as para que a parte exposta fique voltada para dentro;
- A proteção facial ou proteção ocular e máscara deverá ser retirada acatando sempre a esta ordem, tocando sempre nos elásticos e nunca na parte da frente. Averiguamos, no decorrer das observações um aumento de 37% para 60% dos enfermeiros cumpre o presente enunciado. Sendo o cumprimento dos enunciados em observação são comuns a todos os indivíduos que entram no quarto unidade/unidade da pessoa em situação de isolamento de contacto, concluímos um aumento de 19% para 27% dos AO remove a proteção facial ou proteção ocular e



máscara (obedecendo a esta ordem, tocando sempre nos elásticos e nunca na parte da frente).

Os dados obtidos permitem-nos concluir que se verificaram resultados visíveis a nível de aquisição de novas competências e na mudança de comportamentos. Importa, pois, manter a equipa motivada de forma a fomentar uma cultura de segurança. Importa manter a supervisão da equipa baseada na aprendizagem visando a prestação de cuidados de excelência.

Aquando da prestação de cuidados, a higienização das mãos e o uso devido de equipamento de proteção individual são o método mais eficaz de contrariar a propagação de doenças transmissíveis a todos os que contactam com o doente(sejam profissionais ou visitas/acompanhantes) e entre doentes, mas também a contaminação do ambiente circundante. Por outro lado, a ausência ou deficiente higienização das mãos e o uso incorreto do equipamento de proteção individual contribuirá para o risco acrescido de propagação de microrganismos, contribuindo para o aumento da probabilidade de transmissão cruzada de infeções. A ressaltar que a correta adoção das precauções básicas salvaguarda quer os profissionais de saúde quer a pessoa internada. Atendendo à procura de melhorar os conhecimentos e as qualificações procurámos articular e difundir definições claras do papel de cada profissional na sua equipa, para que não se limite a tarefas ou funções específicas, mas que inclua a prestação de cuidados, a avaliação do seu impacto.

## **CONCLUSÃO**

Sucedem medidas gerais em caso de isolamento, sendo que todos os profissionais deverão cumprir as precauções universais, proceder à higienização das mãos, utilizar material e/ou equipamento na unidade do doente de forma individualizada.

Ao analisar os resultados apresentados concluímos que se verificou um esforço no cumprimento do preconizado relativamente às precauções em situação de isolamento. Acreditamos ter levado os profissionais a refletir acerca da importância de cumprir os procedimentos da instituição, e assim desenvolver uma cultura de segurança. A formação revelou-se fundamental enquanto estratégia para atingir os objetivos inicialmente traçados. Verificamos a aquisição e o desenvolvimento de competências por parte da equipa e uma mudança de comportamentos pela maior consciencialização destes profissionais. A motivação é fulcral à cultura de segurança que se preconiza.

## BIBLIOGRAFIA

- MARTINS, Maria – *Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Prevenção e Controlo*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Medsi, Editora Médica e Científica Ltda, 2001. ISBN: 85-7199-256-8;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. [Em Linha]. 2011. [Consultado a 24 de junho de 2014]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>;
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Circular Normativa n.º 18/DSQC/DSC de 15/10/2007 – Comissões de Controlo de Infecção*. [Em Linha]. 2007<sup>a</sup>. [Consultado a 08 de outubro de 2014]. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-18dsqcdsc-de-15102007-pdf.aspx>;
- PINA, Elaine *et al.* - Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. [Em linha]. Vol. 10, (2010). p. 27-39. [Consultado a 17 de março de 2014]. Disponível em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/4-Infecoes%20associadas%20aos%20cuidados%20de%20saude%20e%20seguranca%20do%20doente.pdf>. ISSN: 1518-1944;
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. [Em Linha]. 2007<sup>b</sup>. [Consultado a 08 de outubro de 2014]. Disponível em [http://www.anci.pt/sites/default/files/Programa\\_nacional\\_de\\_prevencao\\_e\\_controlo\\_de\\_infeccao\\_associada\\_oas\\_cuidados\\_de\\_saude\\_0.pdf](http://www.anci.pt/sites/default/files/Programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf);
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – *Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital – Um Guia Prático*. [Em Linha]. 2ª Edição. 2002. [Consultado a 15 de outubro de 2014]. Disponível em [http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/man\\_oms.pdf](http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/man_oms.pdf);
- CAMPOS, Luís *et al.* - Prevenir la infección nosocomial. *Revista ROL de enfermería*. ISSN: 0210-5020. Vol. 29, Nº 6, (2006). p. 43-48;
- SOUZA, Adénia *et al.* – Conhecimento dos graduandos de enfermagem sobre equipamentos de proteção individual: a contribuição das instituições formadoras.

*Revista Eletrónica de Enfermagem*. [Em linha]. Vol. 10, Nº 2, (2008). p. 428-437. [Consultado a 29 de junho de 2014]. Disponível em [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v10/n2/pdf/v10n2a14.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n2/pdf/v10n2a14.pdf). ISSN: 0874-0283;

- WILSON, Jennie - *Controlo de Infecção na Prática Clínica*. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 978-972-8383-57-2;
- NUNES, Lucília *et al.* – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*. [Em Linha]. Nº 15, (2010). [Consultado a 25 de junho de 2014]. Disponível em [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf). ISSN: 1646-5067;
- SANTOS, Marcos - Texto de apoio sobre a análise SWOT e selecção de prioridades. *Centro de Investigação em Sociologia e Antropologia “Augusto da Silva”*. [Em linha]. Évora: Universidade de Évora, 2007. [Consultado a 13 de junho de 2014]. Disponível em [http://home.uevora.pt/~mosantos/download/SWOT\\_Prioridades\\_25Mar09.pdf](http://home.uevora.pt/~mosantos/download/SWOT_Prioridades_25Mar09.pdf);
- Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção, HMS, 2012;
- DIAS, Teresa *et al.* – Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. [Em linha]. Vol. 64, Nº 5, (2011). p. 931-937. [Consultado a 23 de novembro de 2014]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a20v64n5.pdf>. ISSN: 0034-7167;
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, Departamento da Qualidade na Saúde – *Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção 2010. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. [Em Linha]. 2010. [Consultado a 08 de outubro de 2014]. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/ficheiros-de-upload/relatorio-ip-2010-pdf.aspx>;



## **Apêndice 2: Ficha de Diagnóstico de Situação**



## Definição do Problema

<b>Estudante:</b> Maria João Gonçalves Nunes
<b>Instituição:</b> Centro Hospitalar M – Hospital Margem Sul
<b>Serviço:</b> Cirurgia Geral
<b>Título do Projeto:</b> Otimização de Práticas na Prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto
<p><b>Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras):</b></p> <p>Em 2011 o Colégio da especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros decidiu os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica (OE, 2011). A prevenção e o controlo da infeção associada aos cuidados é um dos seus enunciados descritivos, permitindo nortear e referenciar a prática especializada. <i>“(…) face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção”</i> (OE, 2011:7).</p> <p>A infeção associada aos cuidados de saúde é uma consequência da prestação de cuidados, que se relaciona com a gravidade da doença e a presença de co-morbilidades. A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é “adquirida pelos doentes e profissionais, associada à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível dos cuidados (Ministério da Saúde, 2008).</p> <p>O estabelecimento de barreiras físicas, do modo a limitar ou mesmo suprimir a transmissão de agentes infecciosos – Isolamento – aumenta com o nível de conhecimento sobre o modo de transmissão das infeções. Impõe-se evitar a propagação de doenças transmissíveis a todos aqueles que contactam com o doente, mas também entre doentes, assim como a contaminação do ambiente (Ministério da Saúde, 2008).</p> <p>Esta prevenção começa com a adoção de boas práticas por todos os profissionais de saúde. Verifica-se a existência de práticas recomendadas e cientificamente validadas como eficazes na diminuição da incidência de infeções, fortemente associado ao domínio da melhoria da qualidade (descrito nas competências comuns do enfermeiro especialista) (OE, 2007). Evidencia-se a importância de os profissionais que prestam cuidados conhecerem tais recomendações assim como compreenderem a importância da sua aplicação.</p> <p>Procedeu-se, inicialmente, a uma entrevista aberta de carácter exploratório (1/4/2014) com a Enfermeira-Chefe e com a Enfermeira Orientadora (que é concomitantemente elemento de ligação da CCI no serviço), onde se constatou a importância da temática em causa. Esta área foi anteriormente desenvolvida por uma estudante de especialidade tendo-se detetado a importância de dar continuidade a esta temática. Procurando envolver toda a equipa desde logo, abordaram-se os profissionais acerca da importância da temática solicitando a sua opinião, a qual se revelou favorável. Aplicou-se a ferramenta de diagnóstico SWOT de forma a validar definitivamente (Apêndice I).</p>
<b>Diagnóstico de situação</b>
<p><b>Definição geral do problema</b></p> <p>O problema centra-se na atuação que não limita ou suprime a propagação de doenças provocadas por microrganismos transmissíveis. De referir que “os internamentos prolongados não só aumentam os custos directos dos doentes(…) como também os custos indirectos devidos a perda de produtividade. O aumento da utilização de fármacos, a necessidade de isolamento e o recurso a ulteriores estudos laboratoriais e outros meios de diagnóstico, também contribuem para os custos (OMS, 2002).</p>

**Análise do problema** (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras)

O Serviço de Cirurgia Geral do CHS, localizado no 4º piso do HSB, é composto por uma equipa de enfermagem com 48 elementos; uma equipa de assistentes operacionais com 27 elementos. Encontra-se dividido em duas alas, homens e mulheres, cada uma delas com uma Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos (UCIC), tendo uma dotação de 28 camas em cada enfermaria (das quais 4 em cada UCIC). Utiliza-se o método individual de trabalho.

Impõe-se a existência de ações, em todos os momentos da prestação de cuidados, que previnam a transmissão cruzada de microrganismos, tornando-se a primeira barreira de segurança – Isolamento (PINA *et al.*, 2010). A execução das recomendações de isolamento é uma necessidade incontornável e insubstituível.

As Precauções Universais enfatizam que a prevenção da disseminação da infeção pessoa/profissional é tão importante quanto pessoa/pessoa e as precauções adequadas deverão ser aplicadas universalmente.

A prática permite finalizar a tendência, generalizada, para as pessoas com infeções, mesmo que transmissíveis, se manterem nos serviços correspondentes às patologias que causaram o internamento. Esta rotina cria situações de risco de transmissão Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde. Importa, pois, estabelecer medidas básicas que visem a prevenção da transmissão da infeção, baseadas nas fontes e vias de transmissão de cada tipo de infeção - por via aérea, por gotículas ou por contacto (direto ou indireto). De salientar que no Serviço de Cirurgia Geral são realizados isolamentos de contacto, sendo os restantes devidamente encaminhados.

O isolamento de contacto visa a diminuição do risco da transmissão de microrganismos através do contacto direto ou indireto (Bolick *et al.*, 2000; Siegel *et al.*, 2007).

A transmissão por contacto direto implica contacto pele a pele e a consequente transferência de microrganismos a um hospedeiro suscetível, de um indivíduo infetado ou colonizado (WILSON, 2003). Ao contacto indireto é necessário o contacto de um hospedeiro suscetível com um objeto contaminado, o qual serve de mediador, encontrando-se nas proximidades do utente (Ministério da saúde, 2008).

Atendendo que é requerido ao enfermeiro o seu envolvimento na prevenção e controlo da infeção, e o enfermeiro especialista tem uma responsabilidade acrescida neste âmbito, e visando o cumprimento das boas práticas na área da prevenção e controlo de infeção, todos os profissionais deverão seguir as designações vindas da Comissão de Controlo de Infeção, a qual desempenha um papel primordial na melhoria contínua da qualidade, nomeadamente as indicações dos procedimentos de precauções básicas e isolamento (consoante a via de transmissão).

Nesta linha de pensamento procedeu-se à elaboração de uma grelha de observação dos procedimentos realizados pelos enfermeiros e assistente, com o objetivo de identificar e analisar as ações dos elementos da equipa de enfermagem e da equipa de assistente operacionais relativo aos procedimentos sobre Precauções de Isolamento a aplicar à pessoa internada no Serviço em questão. A referida grelha será aplicada por observação direta, e conduzida de modo aberto, sem interferir com a dinâmica do serviço em questão e mantendo o anonimato dos profissionais. Foi solicitada autorização para aplicação da grelha de observação à instituição e será ainda assegurado o consentimento dos profissionais para a aplicação da referida grelha.

**Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral** (150 palavras)

- Necessidade de uniformização de procedimentos sobre Precauções de Isolamento em vigor no CHM – HMS;
- Níveis de formação desiguais relativamente às Precauções de Isolamento.



### Determinação de prioridades

Identifica-se como primeira prioridade a necessidade de aprofundamento de conhecimentos, tão necessária à construção de um projeto consistente. De seguida, a elaboração de um instrumento de observação às práticas no âmbito das Precauções de Isolamento. Por fim a elaboração de um plano de formação que visa formar/treinar a equipa nos procedimentos relativos às Precauções de Isolamento.

**Objetivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema.** Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo):

#### OBJETIVO GERAL

Promover a segurança dos cuidados à pessoa num Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital da Margem Sul em situação de isolamento.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Divulgar junto da Equipa Multidisciplinar informação atualizada sobre a temática Precauções de Isolamento;
2. Melhorar os procedimentos da Equipa Multidisciplinar relativamente às Precauções de Isolamento.

### Referências Bibliográficas

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, Divisão da Segurança Clínica – *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção associada aos cuidados de saúde – Manual de Operacionalização*. [Em Linha]. 2008. [Consultado a 15 de outubro de 2014].

Disponível em [http://www1.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP\\_ManualdeOperacionalizacao.pdf](http://www1.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf);

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Administração Regional de Saúde do Algarve: Departamento de Saúde Pública, Comissão de Controlo da Infecção dos Cuidados de Saúde Primários - *Precauções de Isolamento: Manual de Boas Práticas*. [Em Linha].

2008. [Consultado a 15 de outubro de 2014]. Disponível em [http://www.arsalgarve.min-aude.pt/portal/sites/default/files//images/centrodocs/normas/normas\\_IACS/normas\\_regionais/Precaucoes\\_de\\_Isolamento.pdf](http://www.arsalgarve.min-aude.pt/portal/sites/default/files//images/centrodocs/normas/normas_IACS/normas_regionais/Precaucoes_de_Isolamento.pdf);

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. [Em Linha]. 2011. [Consultado a 24 de junho de 2014]. Disponível em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/POCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>;

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Recomendações para a elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados*. [Em Linha]. 2007. [Consultado a 12 de março de 2014]. Disponível em

[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend\\_Manuais\\_BPaticas.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPaticas.pdf);

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – *Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital – Um Guia Prático*. [Em Linha]. 2ª

Edição. 2002. [Consultado a 15 de outubro de 2014]. Disponível em [http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/man\\_oms.pdf](http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/man_oms.pdf);

BOLICK, Dianna *et al.* - *Segurança e Controle de Infecção*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000. ISBN: 85-87148-40-0;

SIEGEL, Jane *et al.* - *2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. [Em linha]. 2007. [Consultado a 15 de outubro de 2014]. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf>;

PINA, Elaine *et al.* - Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. [Em linha]. Vol. 10, (2010). p. 27-39. [Consultado a 17 de março de 2014]. Disponível em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/4-Infecoes%20associadas%20aos%20cuidados%20de%20saude%20e%20seguranca%20do%20doente.pdf>. ISSN: 1518-1944;

WILSON, Jennie - *Controlo de Infecção na Prática Clínica*. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 978-972-8383-57-2;

CGR – Comissão de gestão de risco. [Consultado em 12/03/2014]. Disponível em: Intranet do CHM

CCI – Comissão de controle de infecção. [Consultado em 12/03/2014]. Disponível em: Intranet do CHM

Data: 15/05/2014

Assinatura: Maria João Gonçalves Nunes

### **Apêndice 3: Descrição do Serviço de Cirurgia Geral**



A descrição contempla o Centro Hospitalar M, E. P. E. – Hospital Margem Sul, o Serviço de Cirurgia Geral.

## **Centro Hospitalar M – Hospital Margem Sul**

O Centro Hospitalar M, existe desde 31 de dezembro de 2005, sendo localizado no centro da cidade. O Centro Hospitalar resulta da junção de dois Hospitais, sendo que um é direcionado aos cuidados ortopédicos e o outro para os cuidados gerais.

A sua área de influência abarca o distrito onde se insere quase na totalidade, sendo que em determinadas especialidades, inclui ainda outros concelhos.

O Centro Hospitalar M evoca como missão *“a promoção da saúde a todos cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa”* (Site do Centro Hospitalar M).

Os profissionais da instituição prestam cuidados especializados nas diversas áreas que o compõem. Esta instituição é constituída por serviços como Urgência Geral, Unidade de Cuidados Intensivos, Serviços de Internamento de Medicina Interna (com Unidade de Cuidados Intermédios Médicos), Especialidades Médicas (Oncológica, Nefrologia e Unidade de AVC), Infeciologia, Pneumologia, Cirurgia Geral (a qual inclui Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos), Especialidades Cirúrgicas (Urologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Plástica e Maxilo-facial), Psiquiatria, Gastrenterologia, Ginecologia e Obstetrícia, Bloco de Partos, Pediatria, Cardiologia, Bloco Operatório, Unidade de Cirurgia de Ambulatório, Unidade de Cuidados Pós Anestésicos, Consultas Externas e Serviço de Hemodiálise. O edifício é constituído por 7 pisos em duas estruturas fisicamente unidas.

## **Serviço Cirurgia Geral**

O Serviço de Cirurgia Geral situa-se no quarto piso da estrutura mais recente. O Serviço de Cirurgia Geral assume como missão *“disponibilizar e realizar cuidados de saúde de qualidade na área de especialidade de Cirurgia Geral a todos os doentes da área de*

*influência do Centro Hospitalar MS” (Plano de Ação do Serviço de Cirurgia Geral, 2011:2). Apresenta como dever:*

- 1. O aumento da atividade programada face à atividade cirúrgica urgente nas situações em que as mesmas sejam passíveis de programação;*
- 2. Atingir um tempo de espera cirúrgico dentro dos standards de referência nacional e resolução das situações de cariz oncológico tendo por bases os critérios de resposta em tempo clinicamente aceitável;*
- 3. Direcionar a sua atividade para o regime de cirurgia de ambulatório;*
- 4. Garantir o tratamento de doentes de acordo com as normas internacionalmente aceites/preconizadas;*
- 5. Promover a especialização em técnicas cirúrgicas recentes e inovadoras”.*

(Plano de Ação do Serviço de Cirurgia Geral, 2011:2)

O Serviço de Cirurgia Geral organiza-se em diversos grupos de trabalho: Cirurgia do Supra - Mesocólico, Infra – Mesocólico, Senologia, Endocrinologia, Laparoscopia Avançada e Cirurgia Bariátrica e Metabólica (Site no Centro Hospitalar MS).

O serviço encontra-se separado fisicamente em duas alas – Cirurgia I, recebe preferencialmente indivíduos do sexo masculino – e Cirurgia II, recebe preferencialmente indivíduos do sexo masculino.

### **Recursos Humanos**

Este Serviço é composto por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e assistentes técnicos. A chefia é composta por uma Enfermeira-Chefe e um Diretor de Serviço.

A equipa de enfermagem é constituída por 46 enfermeiros organizados em doze equipas. Em cada ala, existem seis equipas sendo que uma tem horário fixo e cinco de *rollement*. A equipa de assistentes é composta por 26 Assistentes Operacionais e 3 Assistentes Técnicas. Importa de enfermagem e de assistentes operacionais, embora divididas e alocadas a duas alas , são alvo de rotatividade entre elas. Esta união visa a otimização dos recursos existentes e a melhoria dos cuidados.

O método de distribuição de trabalho na equipa de enfermagem é o método individual de trabalho. A ressaltar o esforço por promover um acompanhamento contínuo por parte da equipa relativamente à situação individual de cada pessoa internada.

Em todos os turnos, o enfermeiro fica responsável por um determinado número de pessoas (variável de acordo com o turno), a quem deve prestar todos os cuidados de enfermagem necessários.

### **Descrição Física**

O Serviço de Cirurgia Geral, referido anteriormente, encontra-se dividido em duas alas. O estágio decorreu na ala I. Esta está organizada então através de um corredor amplo em que do lado esquerdo estão as enfermarias e do lado direito as infraestruturas que lhes dão suporte (rouparia, área técnica - que inclui 5 gabinetes de trabalho médico, gabinete da direção clínica, 1 biblioteca/sala de reuniões, 2 casa-de-banho com duche, 2 vestiários e a área administrativa -, sala de sujos, sala de limpos, sala de registos de enfermagem, sala de terapêutica, sala de tratamentos, gabinete da enfermeira-chefe, vestiário, copa, sala de reuniões e sala de stock (Ekamban®).

Existem três tipos de enfermarias: enfermaria individual, enfermaria dupla e enfermaria quadrupla, com uma lotação total de cinquenta e seis camas (distribuídas niformente pelas duas alas). A referir que oito destas camas pertencem à Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos (uma unidade por ala, com quatro camas cada uma). Em cada unidade de internamento, existe rampa de oxigénio, rampa de vácuo, luz individual, cama e mesa de cabeceira. Em cada enfermaria, existe um WC e duche.

### **Entrada no serviço**

As admissões são efetuadas através da Consulta Externa (nomeadamente para cirurgias eletivas), do Bloco Operatório e do Serviço de Urgência Geral. Relativamente à primeira, a pessoa dirige-se ao secretariado do serviço, onde é efetuado o internamento (cirurgia eletiva). Após a entrada oficial, a pessoa aguarda numa sala de espera (comum às duas alas) pela chamada do médico. Após a consulta médica, o enfermeiro encaminha-a para a enfermaria explicando os procedimentos básicos. As admissões através do Bloco Operatório e do Serviço de Urgência Geral, sendo situações inesperadas, a equipa não está preparada.

A UCIC recebe também a pessoa vinda de serviços de origem como a Urologia, Oftalmologia, Ginecologia e Ortopedia sempre que a sua situação exija uma maior vigilância, monitorização cárdio-respiratória e /ou cuidados mais diferenciados.





## **Apêndice 4: Análise SWOT**



	Pontos Fortes	Pontos Fracos
Interna (Organização)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhoria da qualidade dos cuidados prestados;</li> <li>• Equipa profissionais maioritariamente jovens;</li> <li>• Importância do papel desempenhado pelos Profissionais na minimização da disseminação da infeção;</li> <li>• Cultura de proximidade na relação profissional/utente;</li> <li>• Equipa de gestão motivada para a mudança;</li> <li>• Promoção de uma prática baseada na evidência científica;</li> <li>• Promoção de uma <i>praxis</i> critico-reflexiva pela elaboração de pesquisa e implementação de atividades;</li> <li>• Existência de um Serviço de Formação orientado para todos os grupos profissionais, com elevado nível de eficiência e de eficácia;</li> <li>• Existência de um Quadro de Pessoal estável (apesar da ocorrência de ausências prolongadas).</li> <li>• Existência de Procedimentos do Hospital que pretendem uniformizar a prática diária da equipa;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risco de desmotivação por parte de equipa;</li> <li>• Pouca adesão à utilização de EPI;</li> <li>• Risco de falta de recursos materiais;</li> <li>• Ocorrência de ausências prolongadas diminuindo o rácio profissional/doente;</li> <li>• Risco de resistência à mudança por parte da equipa.</li> </ul>
Externa (Ambiente)	<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doentes mais informados e mais exigentes;</li> <li>• Oportunidade de modificar a <i>praxis</i> de acordo com a evidência científica.</li> </ul>	<p>Ameaças</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constrangimentos atuais do contexto económico-político que interferem na motivação e desempenho dos profissionais;</li> <li>• Resistência à mudança de comportamentos e atitudes face aos cuidados de enfermagem por parte dos profissionais de saúde.</li> </ul>

Tabela 1 – Análise SWOT



## **Apêndice 5: Grelha de Observação**





Isolamento de:

Serviço: \_\_\_\_\_ Categoria Profissional: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N.º Observação:

Âmbito	Enunciado	Sim	Não	N/A	Observações
1. Colocação do Doente	Doente colocado em local que minimize o risco de transmissão cruzada.				
	Quarto / Unidade sinalizada com cartaz de identificação de isolamento (adequado à via de transmissão).				
2. Higienização das Mãos	Higieniza as mãos antes do contacto com o doente.				
	Higieniza as mãos antes de procedimentos assépticos.				
	Higieniza as mãos após o risco de exposição a fluidos orgânicos.				
	Higieniza as mãos após contactar com o doente ou a sua unidade.				
	Higieniza as mãos após a remoção de EPI.				
	Utiliza adequadamente os produtos disponíveis (SABA e sabão).				
	Cumprir a técnica de higiene das mãos.				
	(Retira jóias e adornos das mãos e antebraços antes de iniciar)				
	Apresenta unhas limpas, curtas, sem verniz.				
	Sem utilização de unhas artificiais.				
	Aplica corretamente o produto a usar.				
	Fricciona as mãos respeitando a técnica, os tempos de contacto e as áreas a abranger.				
3. Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI).	Seca/deixa secar bem as mãos.				
	EPI colocado de forma preconizada.				
	Reune o material necessário.				
	Assegura a existência de um local onde depositar o material usado.				
	Coloca a bata.				
	Coloca a proteção facial ou máscara e proteção ocular.				
	Coloca a touca.				
	Coloca luvas.				
	Uso de luvas adequadas ao procedimento a realizar.				
	Uso de luvas quando se antecipa a exposição a sangue ou outros fluidos corporais.				
	Luvas removidas imediatamente após o procedimento.				
	Uso de avental durante procedimentos que envolvam o contacto direto com o doente.				
	Uso de bata quando existe risco acrescido de salpicos de sangue ou fluidos corporais.				
	Bata abotoada/atada atrás.				
	Bata removida imediatamente após o procedimento.				
	Uso de máscara quando existe o risco de salpicos de fluidos orgânicos para a face.				
	Máscara bem ajustada à face.				
	Máscara removida no final do procedimento.				
	Retira EPI antes de sair do quarto/unidade.				
	EPI retirado de forma preconizada.				
	Retira bata e luvas enrolando-as para que a parte exposta fique para dentro.				
	Retira touca.				
	Remove a proteção facial ou proteção ocular e máscara (obedecendo a esta ordem, tocando sempre nos elásticos e nunca na parte da frente).				





## **Apêndice 6: Apresentação e Análise dos Resultados das Observações**





## **Apresentação e Análise dos Resultados das Observações**

**Elaborado Por:**

**Maria João Gonçalves Nunes**

*Estudante do 3º Curso de Mestrado em enfermagem Médico-Cirúrgica*

**Orientadora: Enf.<sup>a</sup> M.C.**

**Professora: Mariana Pereira**

SETÚBAL  
junho 2014



## Índice de Gráficos Relativos à Grelha de Observação

Gráfico I – Distribuição por Categoria Profissional.....	11
Gráfico II – Distribuição do doente em local que minimize o risco de transmissão cruzada.....	11
Gráfico III – Distribuição do quarto/unidade sinalizado com cartaz de identificação de isolamento adequado à via de transmissão).....	12
Gráfico IV – Distribuição de Enf quanto à higienização das mãos.....	12
Gráfico V – Distribuição de AO quanto à higienização das mãos.....	13
Gráfico VI – Distribuição de Enf que higieniza as mãos antes de procedimentos assépticos.....	13
Gráfico VII – Distribuição de AO que higieniza as mãos antes de procedimentos assépticos.....	14
Gráfico VIII – Distribuição de Enf que higieniza as mãos após o risco de exposição a fluidos orgânicos....	14
Gráfico IX – Distribuição de AO que higieniza as mãos após o risco de exposição a fluidos orgânicos.....	15
Gráfico X – Distribuição de Enf que higieniza as mãos após contactar com o doentes ou a sua unidade....	15
Gráfico XI – Distribuição de AO que higieniza as mãos após contactar com o doentes ou a sua unidade....	158
Gráfico XII – Distribuição de Enf que higieniza as mãos após a remoção do equipamento de proteção individual.....	16
Gráfico XIII – Distribuição de AO que higieniza as mãos após a remoção do equipamento de proteção individual.....	17
Gráfico XIV – Distribuição de Enf que utiliza adequadamente os produtos disponíveis (SABA e sabão)...	17
Gráfico XV – Distribuição de AO que utiliza adequadamente os produtos disponíveis (SABA e sabão)....	18
Gráfico XVI – Distribuição de Enf que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento (retira jóias e adornos das mãos e antebraços antes de iniciar) .....	18
Gráfico XVII – Distribuição de AO que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento - retira jóias e adornos das mãos e antebraços antes de iniciar.....	19
Gráfico XVIII – Distribuição de Enf que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – apresenta unhas, limpas, curtas, sem verniz.....	19
Gráfico XIX – Distribuição de AO que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – apresenta unhas, limpas, curtas, sem verniz.....	20
Gráfico XX – Distribuição de Enf que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – sem utilização de unhas artificiais.....	20
Gráfico XXI – Distribuição de AO que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – sem utilização de unhas artificiais.....	21
Gráfico XXII – Distribuição de Enf que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – aplica corretamente o produto a usar.....	21
Gráfico XXIII – Distribuição de AO que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – aplica corretamente o produto a usar.....	22

Gráfico XXIV – Distribuição de Enf que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – fricciona as mãos respeitando a técnica, os tempos de contacto e as áreas a abranger.....	22
Gráfico XXV – Distribuição de AO que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – fricciona as mãos respeitando a técnica, os tempos de contacto e as áreas a abranger.....	23
Gráfico XXVI – Distribuição de Enf que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – seca/deixa secar bem as mãos.....	23
Gráfico XXVII – Distribuição de AO que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – seca/deixa secar bem as mãos.....	24
Gráfico XXVIII – Distribuição de Enf que reúne o material necessário.....	24
Gráfico XXIX – Distribuição de AO que reúne o material necessário.....	25
Gráfico XXX – Distribuição de Enf que assegura a existência de um local onde depositar o material usado.....	25
Gráfico XXXI – Distribuição de AO que assegura a existência de um local onde depositar o material usado.....	26
Gráfico XXXII – Distribuição de Enf que coloca bata.....	26
Gráfico XXXIII – Distribuição de AO que coloca bata.....	27
Gráfico XXXIV – Distribuição de Enf que coloca proteção facial ou máscara e proteção ocular.....	1697
Gráfico XXXV – Distribuição de AO que coloca proteção facial ou máscara e proteção ocular.....	28
Gráfico XXXVI – Distribuição de Enf que coloca touca.....	28
Gráfico XXXVII – Distribuição de AO que coloca touca.....	29
Gráfico XXXVIII – Distribuição de Enf que coloca luvas.....	29
Gráfico XXXVIII – Distribuição de AO que coloca luvas.....	30
Gráfico XXXIX – Distribuição de Enf que usa luvas adequadas ao procedimento a realizar.....	30
Gráfico XL – Distribuição de AO que usa luvas adequadas ao procedimento a realizar.....	31
Gráfico XLI – Distribuição de Enf que usa luvas quando se antecipa a exposição a sangue ou outros fluidos orgânicos.....	31
Gráfico XLII – Distribuição de AO que usa luvas quando se antecipa a exposição a sangue ou outros fluidos orgânicos.....	32
Gráfico XLIII – Distribuição de Enf que remove luvas imediatamente após o procedimento.....	32
Gráfico XLIV – Distribuição de AO que remove luvas imediatamente após o procedimento.....	33
Gráfico XLV – Distribuição de Enf que usa avental durante procedimentos que envolvam o contacto direto com o doente.....	33
Gráfico XLVI – Distribuição de AO que usa avental durante procedimentos que envolvam o contacto direto com o doente.....	34
Gráfico XLVII – Distribuição de Enf que usa bata quando existe risco acrescido de salpicos de sangue ou fluidos corporais.....	34

Gráfico XLVIII – Distribuição de AO que usa bata quando existe risco acrescido de salpicos de sangue ou fluidos corporais.....	35
Gráfico XLIX – Distribuição de Enf que usa bata abotoada/atada atrás.....	35
Gráfico L – Distribuição de AO que usa bata abotoada/atada atrás.....	36
Gráfico LI – Distribuição de Enf que remove bata/avental imediatamente após o procedimento.....	36
Gráfico LII – Distribuição de AO que remove bata/avental imediatamente após o procedimento.....	37
Gráfico LIII – Distribuição de Enf que usa máscara quando existe o risco de salpicos de fluidos orgânicos para a face.....	37
Gráfico LIV – Distribuição de AO que usa máscara quando existe o risco de salpicos de fluidos orgânicos para a face.....	38
Gráfico LV – Distribuição de Enf que usa máscara bem ajustada à face.....	38
Gráfico LVI – Distribuição de AO que usa máscara bem ajustada à face.....	39
Gráfico LVII – Distribuição de Enf que remove máscara no final do procedimento.....	39
Gráfico LVIII – Distribuição de AO que remove máscara no final do procedimento.....	40
Gráfico LIX – Distribuição de AO que retira o EPI antes de sair do quarto/unidade.....	40
Gráfico LX – Distribuição de Enf que retira bata e luvas enrolando-as para que a parte exposta fique para dentro.....	41
Gráfico LXI – Distribuição de AO que retira bata e luvas enrolando-as para que a parte exposta fique para dentro.....	41
Gráfico LXII – Distribuição de Enf que remove a proteção facial ou proteção ocular e máscara (obedecendo a esta ordem, tocando sempre nos elásticos e nunca na parte da frente).....	42
Gráfico LXIII – Distribuição de AO que remove a proteção facial ou proteção ocular e máscara (obedecendo a esta ordem, tocando sempre nos elásticos e nunca na parte da frente).....	42





## Índice

Introdução.....	9
1 – Apresentação e Análise dos Dados Observados.....	11
2 – Conclusão.....	45
Referências.....	47



## **Introdução**

Com o intuito de fundamentar o problema definido no diagnóstico de situação, elaborado no estágio I e II, o qual se realizou num serviço de Cirurgia Geral de um Hospital da Margem Sul, no período compreendido entre 10 de março de 2014 a 10 de julho de 2014, refletindo nas práticas na prestação de cuidados à pessoa em isolamento de contacto, construímos uma grelha de observação, com o intuito de observar as práticas dos enfermeiros e assistentes operacionais no que respeita ao respeito pelos procedimentos atender na prestação de cuidados à pessoa em isolamento de contacto.

A grelha foi aplicada no período de junho de 2014, tendo a fase de pré-teste permitido proceder à colheita de dados, não sendo necessário realizar alterações pois verificou-se a sua aplicabilidade. “Um estudo de observação é o que consiste em colocar questões relativas a comportamentos humanos aparentes ou acontecimentos e obter respostas a essas questões por meio da observação direta dos comportamentos dos sujeitos ou dos acontecimentos, num dado período de tempo ou segundo uma frequência determinada” (FORTIN, 1999:241). A grelha elaborada consistia na observação da ação da equipa quanto aos cuidados a ter aquando da prestação de cuidados à pessoa em situação de isolamento de contacto (colocação do doente, higienização das mãos e utilização de Equipamentos de proteção Individual).

Realizaram-se as observações após o que se analisaram os dados auferidos, calculando-se a percentagem de atitudes corretas ou incorretas por parte da equipa. Foram efetuadas 32 observações aquando da prestação direta de cuidados, das quais 16 a elementos da equipa de enfermagem e 16 a elementos da equipa de assistentes operacionais.

De acordo com a revisão bibliográfica executada, distinguimos 3 âmbitos a observar:

Colocação do Doente;

Higienização das Mãos,

Utilização de Equipamento de Proteção Individual.

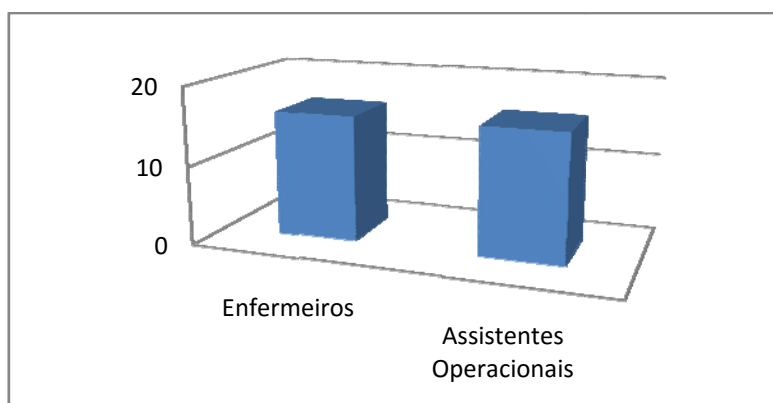
Para o tratamento de dados utilizamos o método quantitativo, recorrendo ao programa Excel.



## 1 – Apresentação e Análise dos Dados Observados

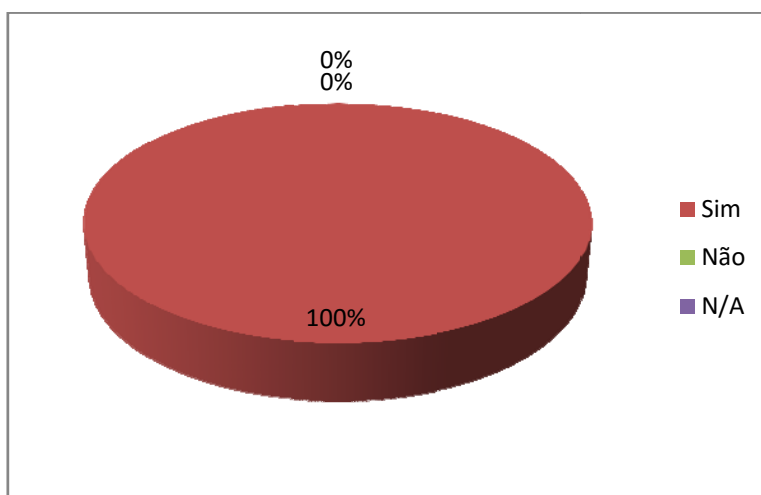
De acordo com o âmbito da grelha de observação procedemos à análise do assinalado.

Foram efetuadas 32 observações aquando da prestação direta de cuidados, das quais 16 a elementos da equipa de enfermagem e 16 a elementos da equipa de assistentes operacionais.



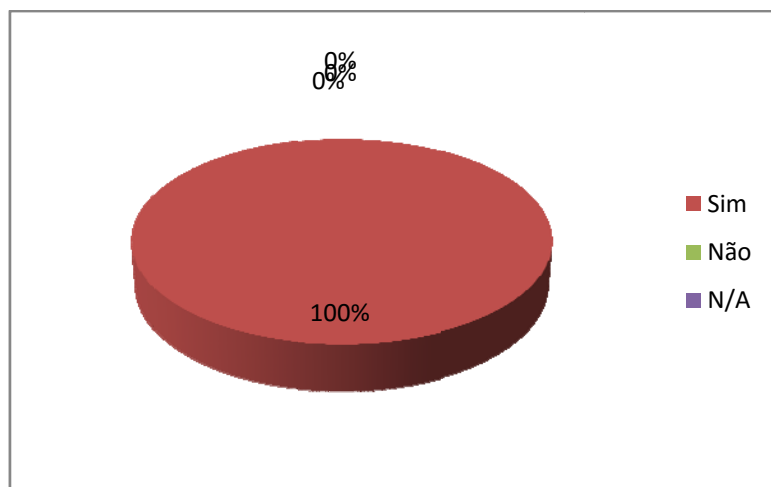
**Gráfico I – Distribuição por Categoria Profissional**

Relativamente à Colocação do Doente, verifica-se que o doente é sempre colocado em local que minimize o risco de transmissão cruzada.



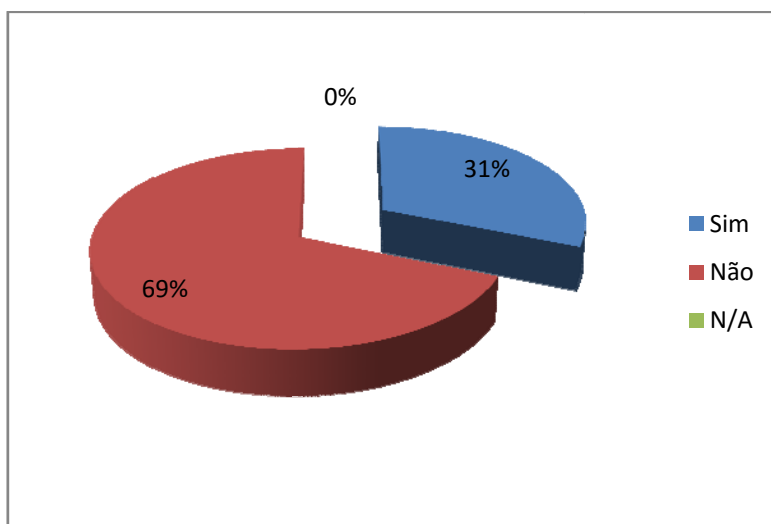
**Gráfico II – Distribuição do doente colocado em local que minimize o risco de transmissão cruzada**

O quarto/unidade da pessoa é sempre sinalizado com cartaz de identificação de isolamento (adequado à via de transmissão).



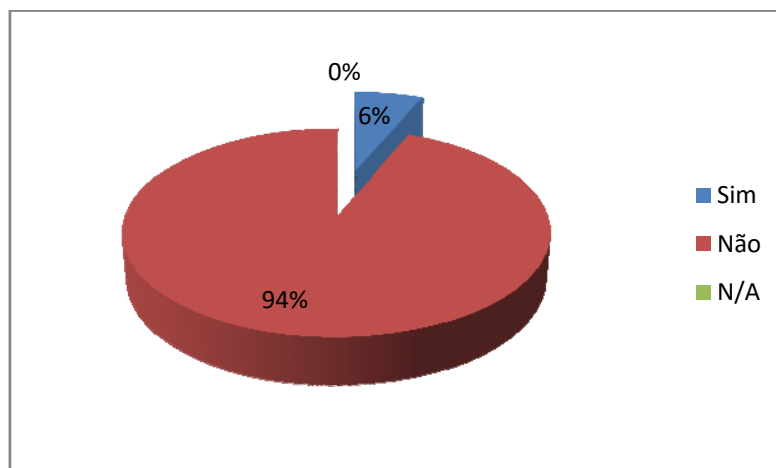
**Gráfico III – Distribuição do quarto/unidade sinalizado com cartaz de identificação de isolamento (adequado à via de transmissão)**

No âmbito da Higienização das Mãos verifica-se que 31% dos Enfermeiros (Enf) higieniza aos mãos antes do contacto com o doentes, enquanto 69% não higieniza as mãos antes do contacto como doente.



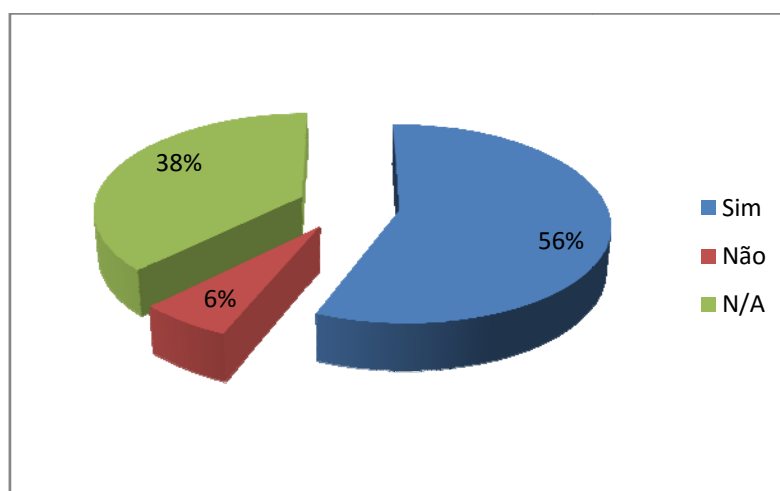
**Gráfico IV – Distribuição de Enf quanto à higienização das mãos**

6% de Assistentes Operacionais (AO) higieniza as mãos antes do contacto com o doente, enquanto 94% não procede à higienização antes do contacto com o doente.



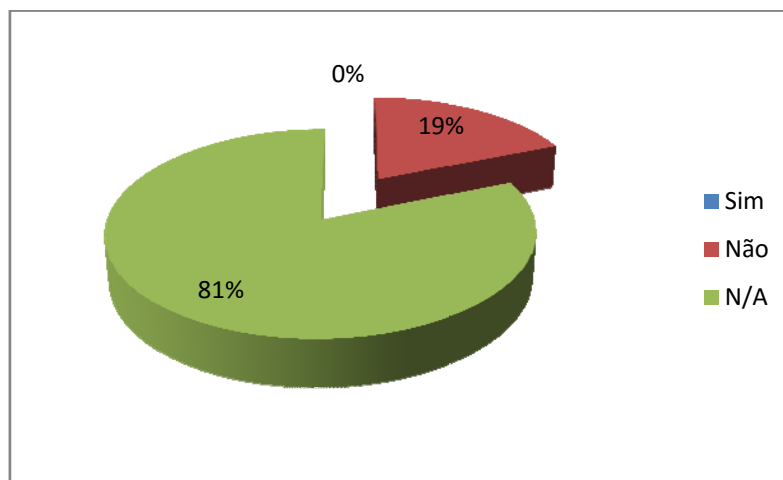
**Gráfico V – Distribuição de AO quanto à higienização das mãos**

Nas observações efetivadas 56% dos enfermeiros procederam à higiene das mãos antes da realização de procedimentos assépticos, enquanto 6% não respeitaram este enunciado. No total das observações 38% não se aplicou este enunciado pela natureza do cuidados prestado.



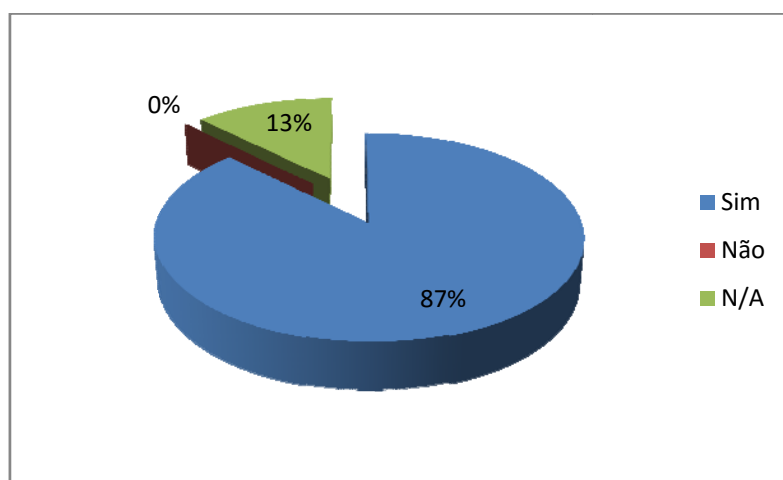
**Gráfico VI – Distribuição de Enf que higieniza as mãos antes de procedimentos assépticos**

Relativamente à ação dos assistentes operacionais, em 81% das observações não se aplica o enunciado em causa.



**Gráfico VII – Distribuição de AO que higieniza as mãos antes de procedimentos assépticos**

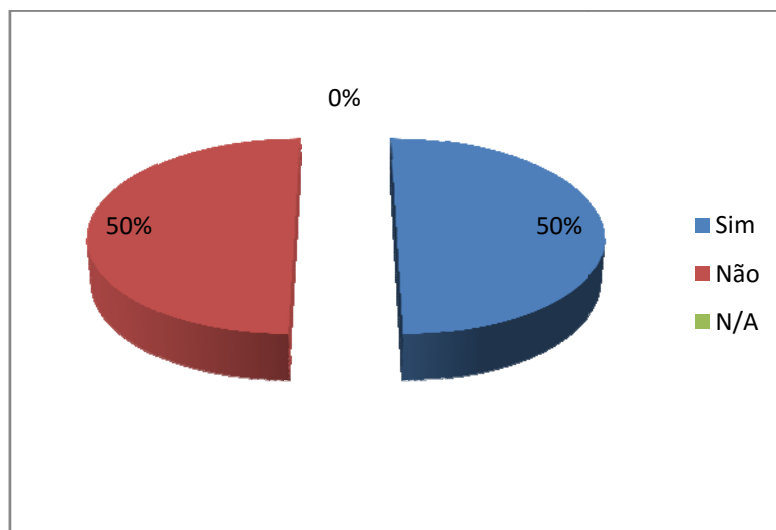
Aquando do risco de exposição a fluidos orgânicos 87% dos enfermeiros higieniza as mãos após o risco. 13% das observações não se aplica o presente enunciados.



**Gráfico VIII – Distribuição de Enf que higieniza as mãos após o risco de exposição a fluidos orgânicos**

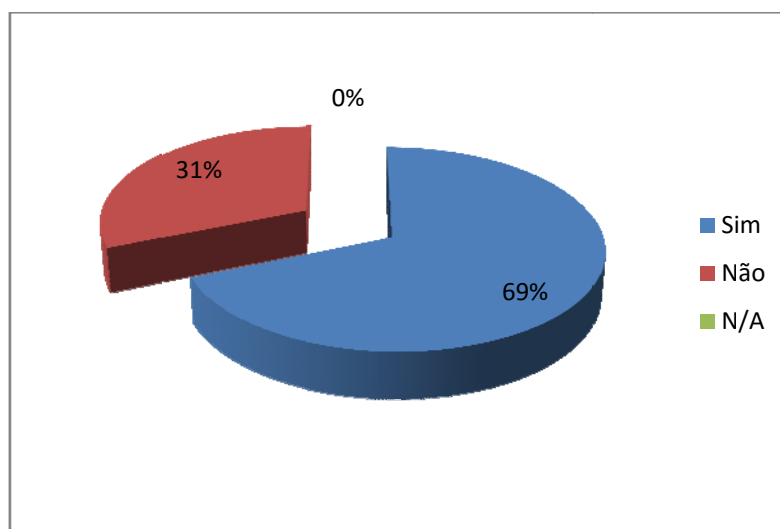
50% dos assistentes operacionais respeita este enunciados, enquanto 50% não realiza higienização das mãos após o risco de exposição a fluidos orgânicos.





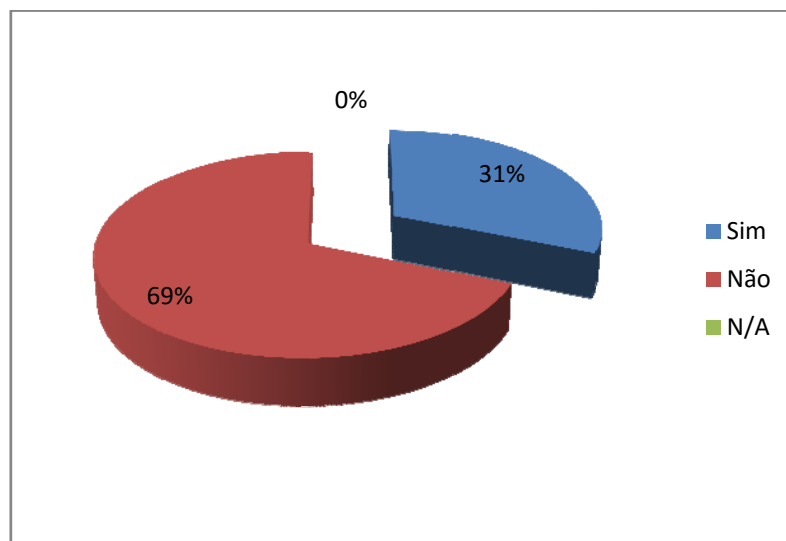
**Gráfico IX – Distribuição de AO que higieniza as mãos após o risco de exposição a fluidos orgânicos**

Após o contacto com doente 69% dos enfermeiros higieniza as mãos após contactar com o doente ou com a sua unidade, enquanto 31% não procede à higienização neste momento.



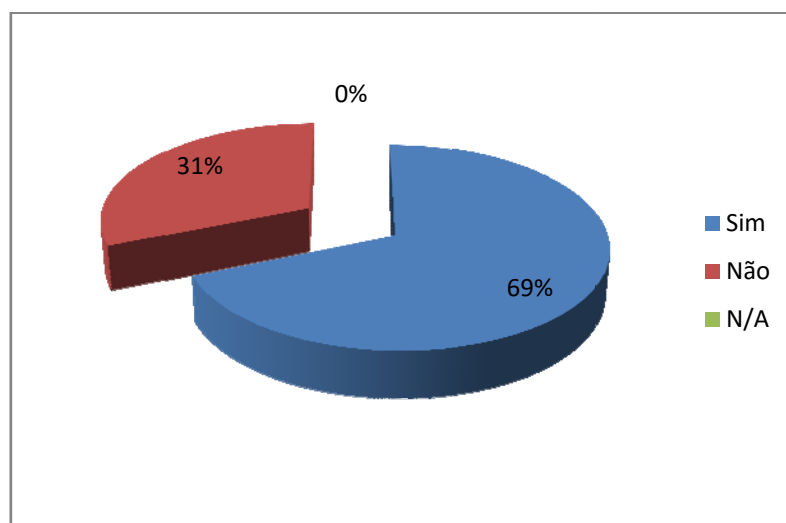
**Gráfico X – Distribuição de Enf que higieniza as mãos após contactar com o doentes ou a sua unidade**

No decorrer das observações realizadas verificou-se que 31% dos assistentes operacionais higienizam as mãos após o contacto com o doente ou com a sua unidade. 69% desta categoria profissional não respeitam o enunciado em causa.



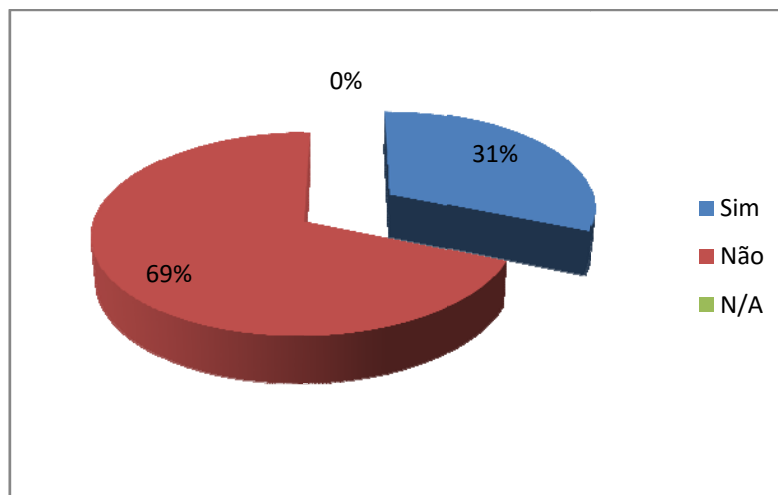
**Gráfico XI – Distribuição de AO que higieniza as mãos após contactar com o doentes ou a sua unidade**

69% dos enfermeiros higieniza as mãos após a remoção do equipamento de proteção individual. 31% não cumpriu o definido.



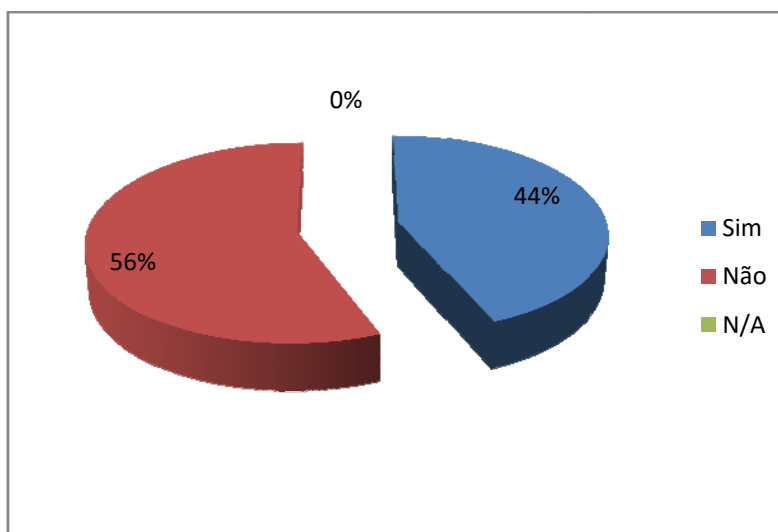
**Gráfico XII – Distribuição de Enf que higieniza as mãos após a remoção do equipamento de proteção individual**

31% dos assistentes operacionais higieniza as mãos após a remoção do equipamento de proteção individual. 69% não cumpriu o definido neste enunciado.



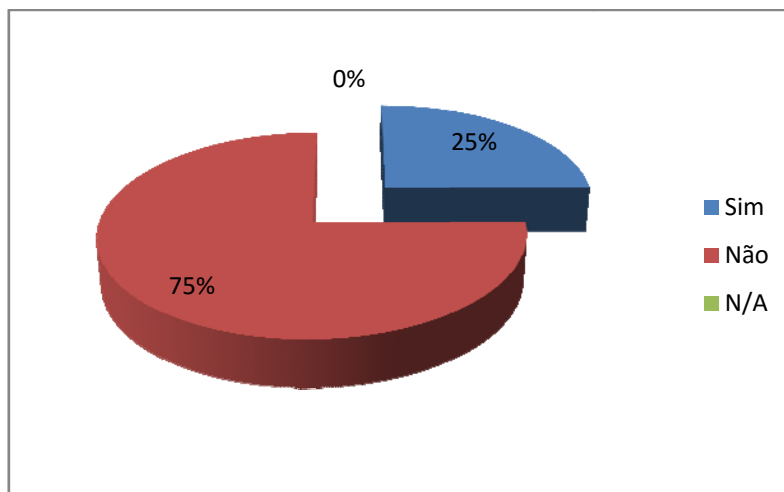
**Gráfico XIII – Distribuição de AO que higieniza as mãos após a remoção do equipamento de proteção individual**

Ainda no âmbito da higienização das mãos, 44% dos enfermeiros utiliza adequadamente os produtos disponíveis, nomeadamente SABA e sabão, enquanto 56% não utiliza os recursos devidamente.



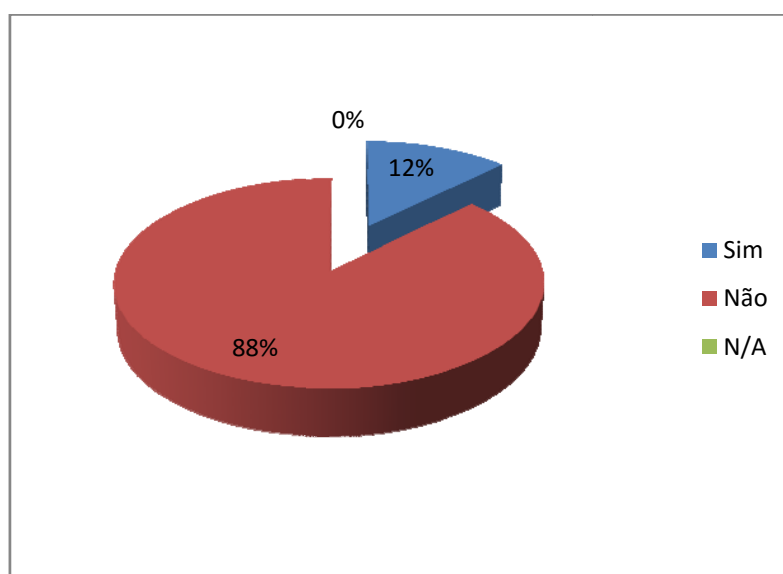
**Gráfico XIV – Distribuição de Enf que utiliza adequadamente os produtos disponíveis (SABA e sabão)**

Ainda na observação do mesmo enunciado, 25% dos assistentes operacionais utiliza corretamente os produtos disponíveis, já 75% não faz um bom uso das soluções.



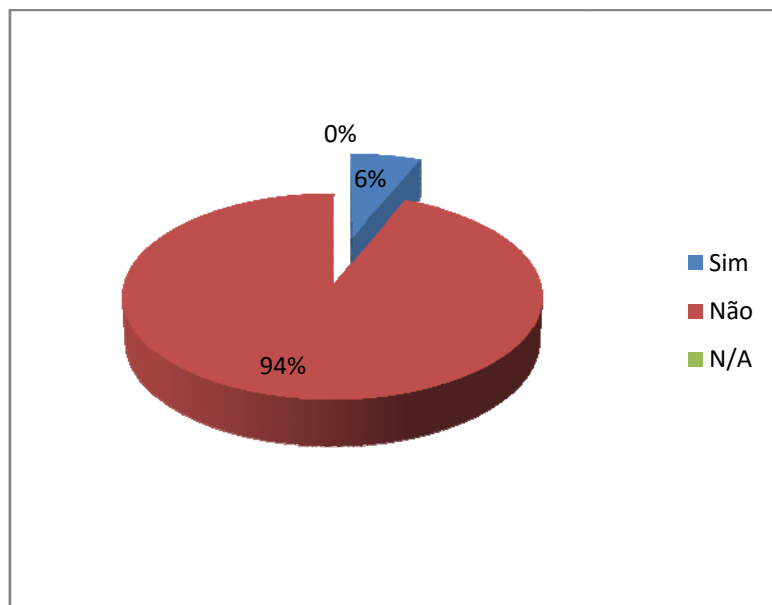
**Gráfico XV – Distribuição de AO que utiliza adequadamente os produtos disponíveis (SABA e sabão)**

12% dos enfermeiros retira joias e adornos das mãos e antebraços antes de iniciar a higienização das mãos, cumprindo a técnica de higiene das mãos. 88% dos enfermeiros não cumpre a técnica de higiene das mãos.



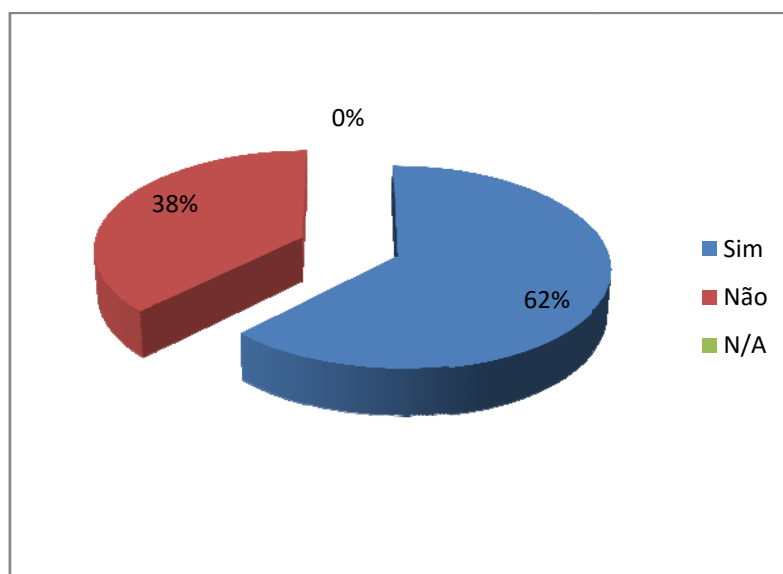
**Gráfico XVI – Distribuição de Enf que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento (retira jóias e adornos das mãos e antebraços antes de iniciar)**

94% dos assistentes operacionais não cumpre a técnica de higiene das mãos, enquanto 6% retira jóias e adornos das mãos e antebraços antes de iniciar a higienização, cumprindo a técnica de higienização.



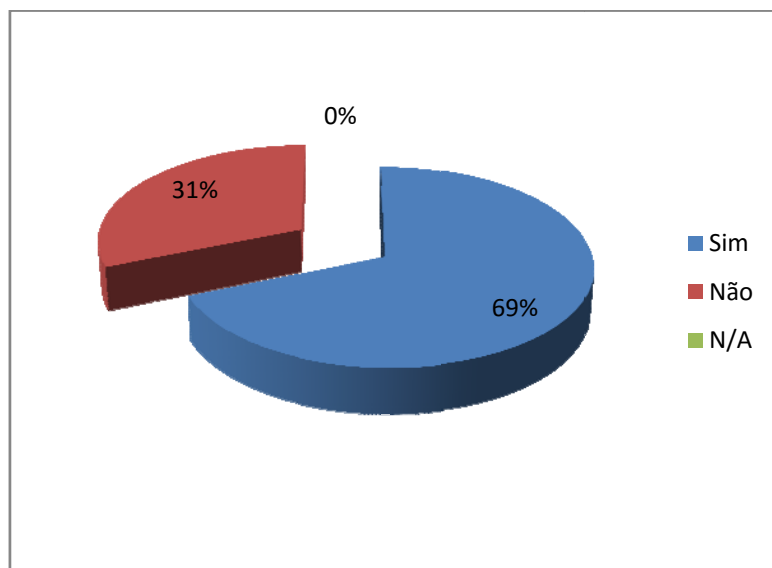
**Gráfico XVII – Distribuição de AO que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento - retira joias e adornos das mãos e antebraços antes de iniciar**

62% dos enfermeiros cumpre a técnica de higiene das mãos - apresenta unhas limpas, curtas, sem verniz, enquanto 38% não cumpre este requisito.



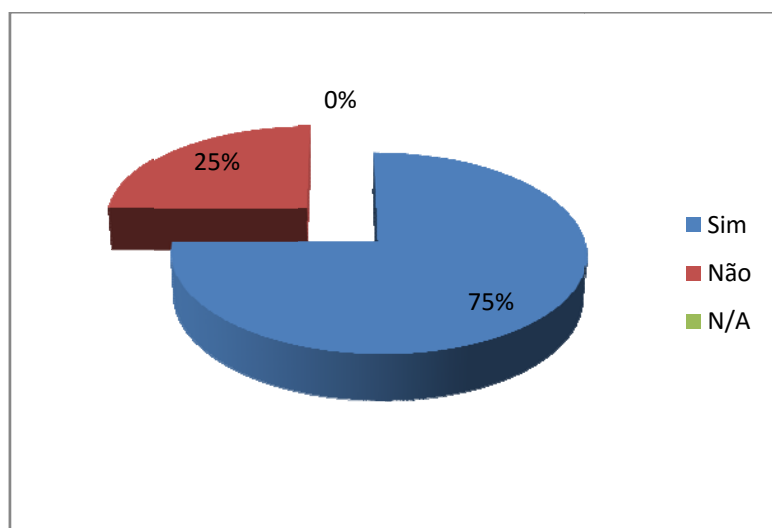
**Gráfico XVIII – Distribuição de Enf que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – apresenta unhas, limpas, curtas, sem verniz**

69% dos assistentes operacionais cumpre a técnica de higiene das mãos - apresenta unhas limpas, curtas, sem verniz, enquanto 31% não cumpre este requisito.



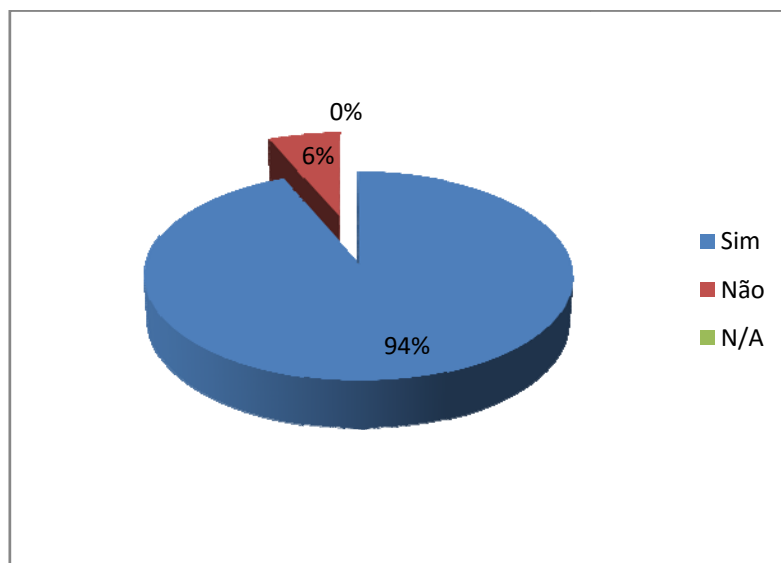
**Gráfico XIX – Distribuição de AO que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – apresenta unhas, limpas, curtas, sem verniz**

75% dos enfermeiros não utilizam unhas artificiais, cumprindo assim a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento. 25% utilizam unhas artificiais.



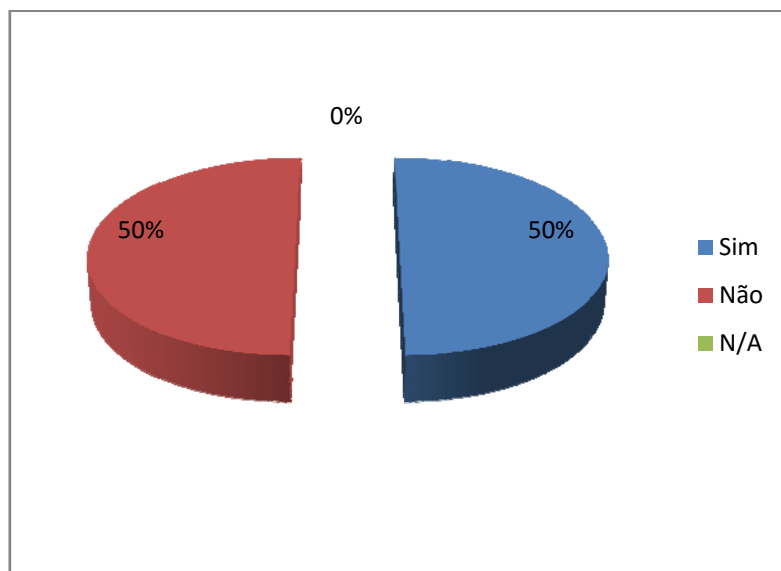
**Gráfico XX – Distribuição de Enf que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – sem utilização de unhas artificiais**

6% dos assistentes operacionais utilizam unhas artificiais, contrariando a correta técnica, sendo que 94% cumprem a não utilização.



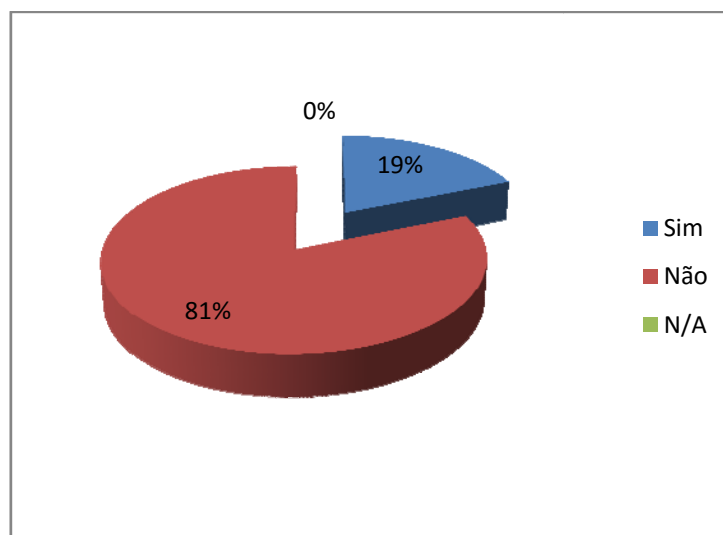
**Gráfico XXI – Distribuição de AO que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – sem utilização de unhas artificiais**

No decorrer das observações 50% dos enfermeiros aplicam corretamente o produto utilizado aquando da higienização das mãos, sendo que os restantes 50% não utilizam corretamente o produto, não cumprindo assim a técnica de higiene das mãos adequada.



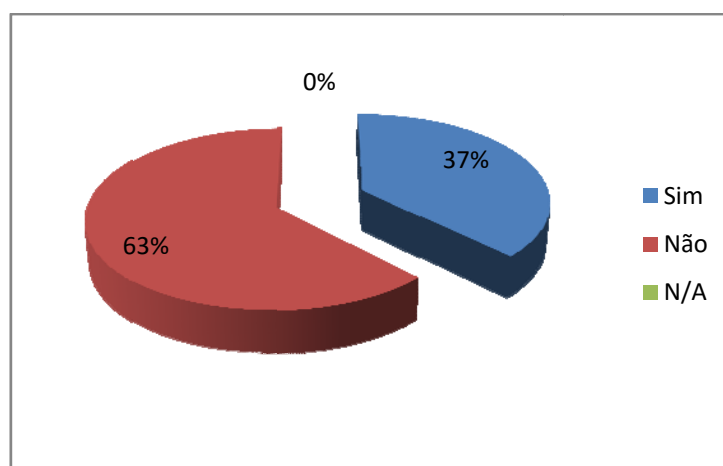
**Gráfico XXII – Distribuição de Enf que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – aplica corretamente o produto a usar**

Verificou-se que 19% dos assistentes operacionais aplicam corretamente o produto utilizado aquando da higienização das mãos, sendo que os restantes 81% não utilizam corretamente o produto, não cumprindo assim a técnica de higiene das mãos adequada.



**Gráfico XXIII – Distribuição de AO que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – aplica corretamente o produto a usar**

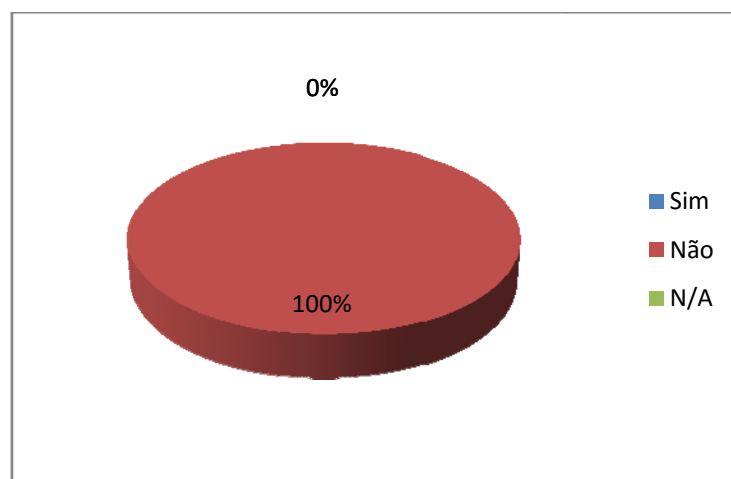
37% dos enfermeiros, no âmbito da higienização das mãos, friccionam as mãos respeitando a técnica, os tempos de contacto e as áreas a abranger. 63% dos enfermeiros não cumprem este aspeto.



**Gráfico XXIV – Distribuição de Enf que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – fricciona as mãos respeitando a técnica, os tempos de contacto e as áreas a abranger**

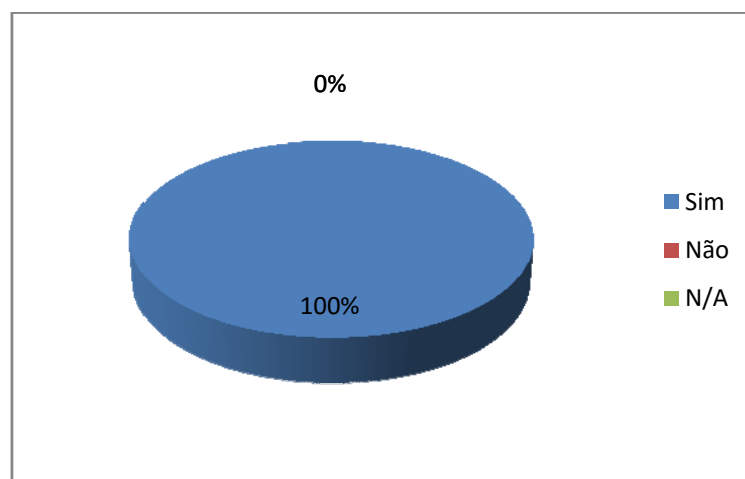


A totalidade dos assistentes operacionais, 100%, não cumprem a correta higienização das mãos, não friccionando as mãos não cumprindo ainda os tempos de contacto e as áreas a abranger.



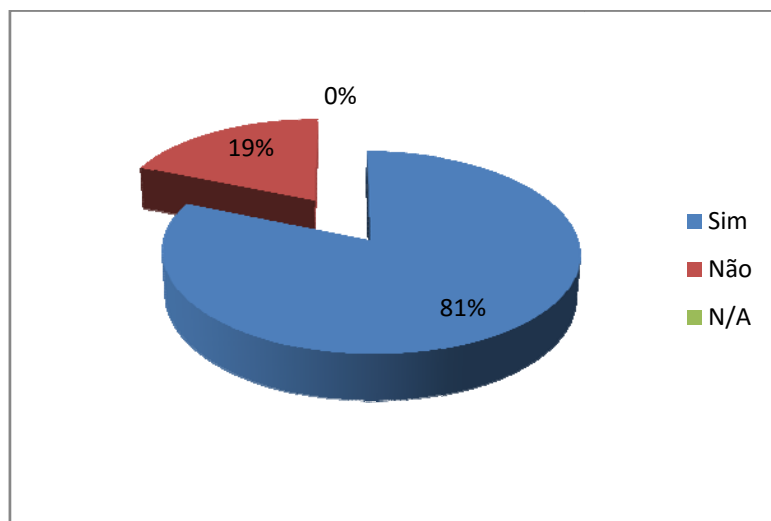
**Gráfico XXV – Distribuição de AO que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – fricciona as mãos respeitando a técnica, os tempos de contacto e as áreas a abranger**

A totalidade dos profissionais observados secam/deixam secar bem as mãos após a sua higienização.



**Gráfico XXVI – Distribuição de Enf que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – seca/deixa secar bem as mãos**

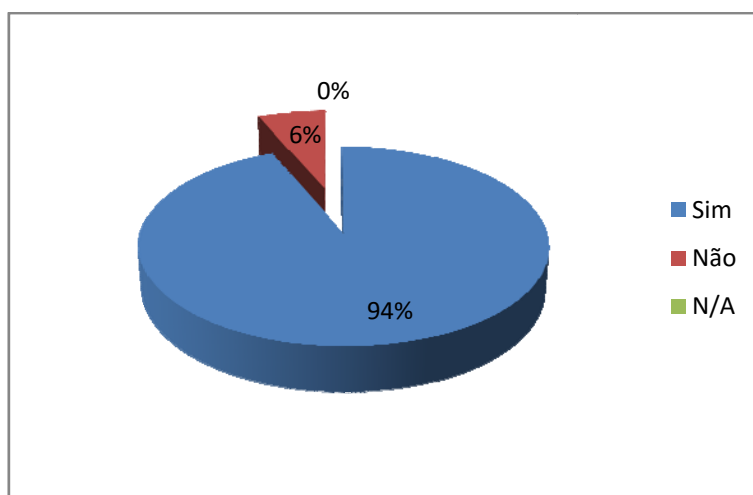
81% dos assistentes operacionais cumprem este enunciado, em contrapartida 19% não cumprem, colocando em causa a correta higienização das mãos.



**Gráfico XXVII – Distribuição de AO que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – seca/deixa secar bem as mãos**

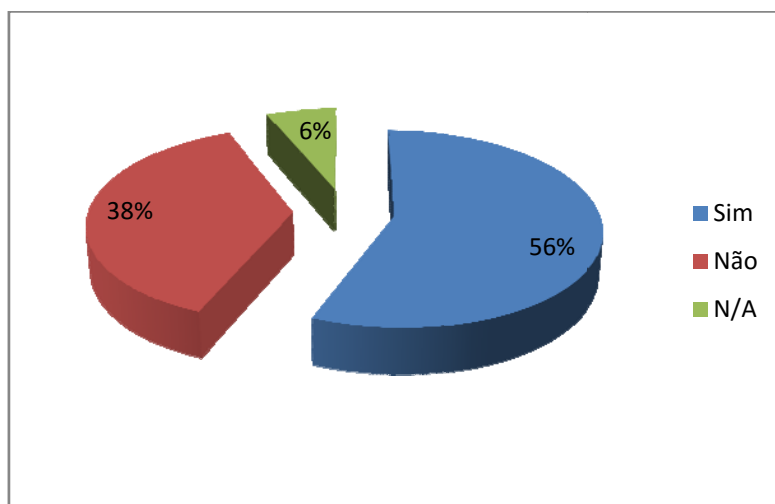
No âmbito da utilização de equipamento de proteção individual, são vários os enunciados a serem observados por forma a averiguar se o equipamento de proteção individual é colocado de forma preconizada. Assim,

94% dos enfermeiros reúnem todo o material que irão utilizar na prestação de cuidados antes de entrarem no quarto/unidade da pessoa em situação de isolamento. Observamos que 6% destes profissionais esqueceram algum material tendo posteriormente que o solicitar a outro colega.



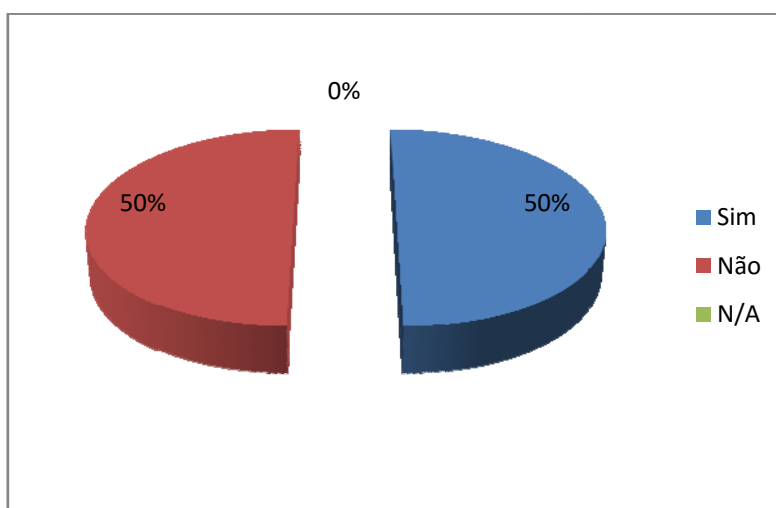
**Gráfico XXVIII – Distribuição de Enf que reúne o material necessário**

56% dos assistentes operacionais reúne o material necessário à sua prestação de cuidados, já 38% destes profissionais não reúne tudo o que necessita antes de entrar no quarto/unidade. 6% do observado não se aplica este enunciado, pois a entrada no quarto/unidade deve-se por outras razões, nomeadamente a distribuição das refeições.



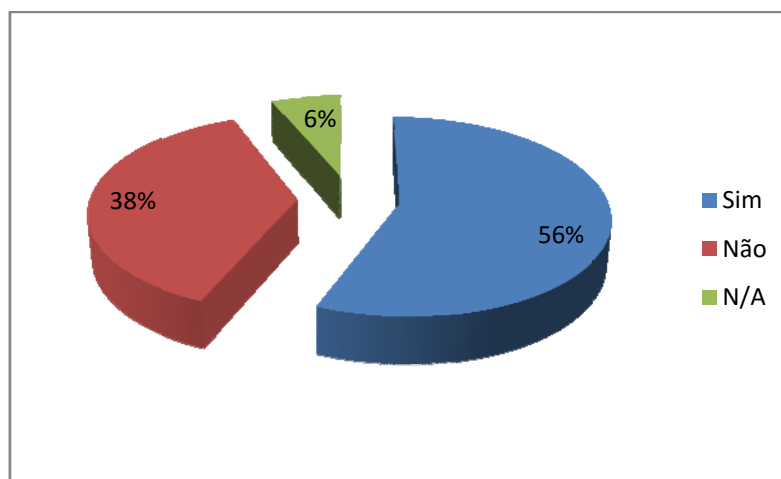
**Gráfico XXIX – Distribuição de AO que reúne o material necessário**

50% dos enfermeiros assegura a existência de um local onde depositar o material usado, enquanto os restantes 50% não asseguram esta necessidade antes na sua entrada no quarto/unidade da pessoa em isolamento de contacto.



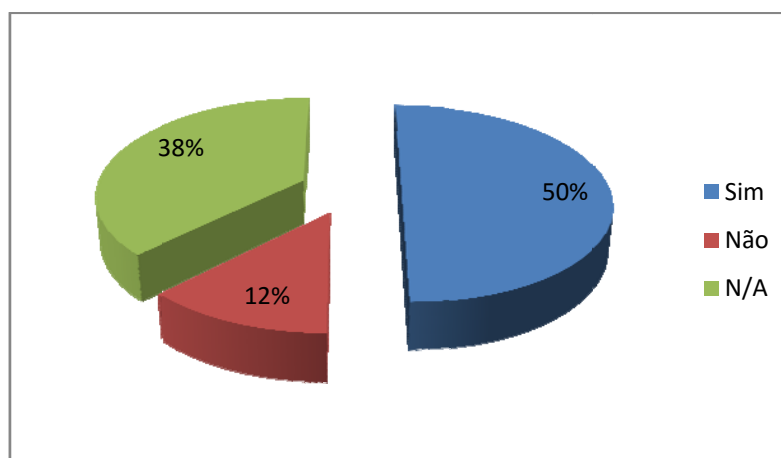
**Gráfico XXX – Distribuição de Enf que assegura a existência de um local onde depositar o material usado**

Nesta linha de pensamento, 56% dos assistentes operacionais asseguram este enunciado, mas observamos que 38% não asseguram esta necessidade. Verificamos que em 6% dos casos este enunciado não se aplica.



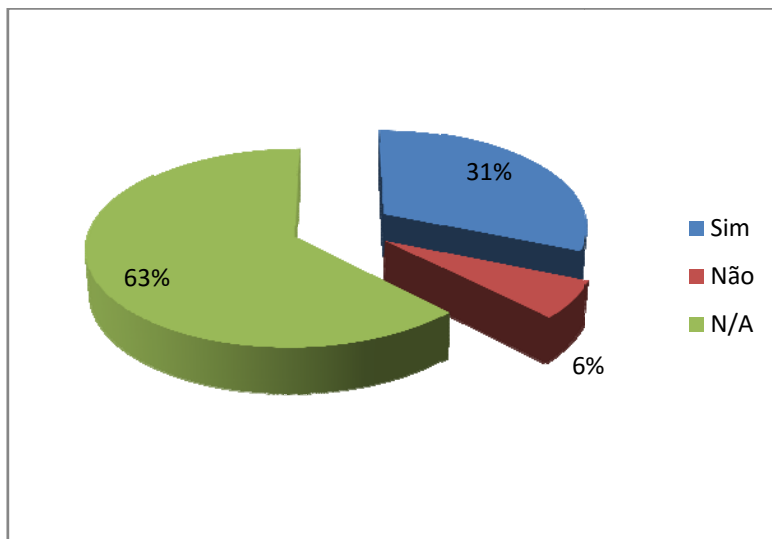
**Gráfico XXXI – Distribuição de AO que assegura a existência de um local onde depositar o material usado**

Impõe-se a utilização de material e/ou equipamento no quarto/unidade da pessoa em situação de isolamento de contacto de forma individualizada. Desta forma 50% dos enfermeiros colocou a bata antes de entrar no quarto/unidade. 12% não cumpriu este requisito. Verificamos que 38% não se aplica este enunciado pois os cuidados prestados são não clínicos e a distancia superior a 1 m.



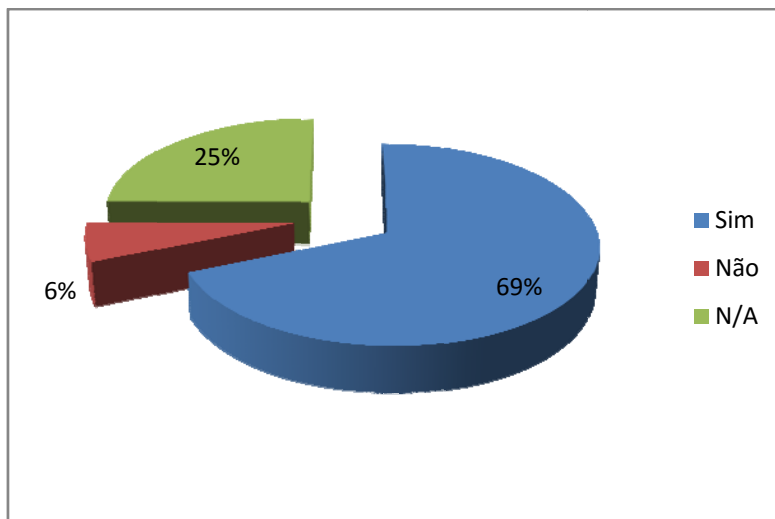
**Gráfico XXXII – Distribuição de Enf que coloca bata**

31% dos assistentes operacionais colocou a bata antes de entrar no quarto/unidade, enquanto 6% não cumpriu este requisito. Aferimos que 63% não se aplica este enunciado pelo motivo expresso anteriormente, a prestação de cuidados não clínicos e a distancia superior a 1 m.



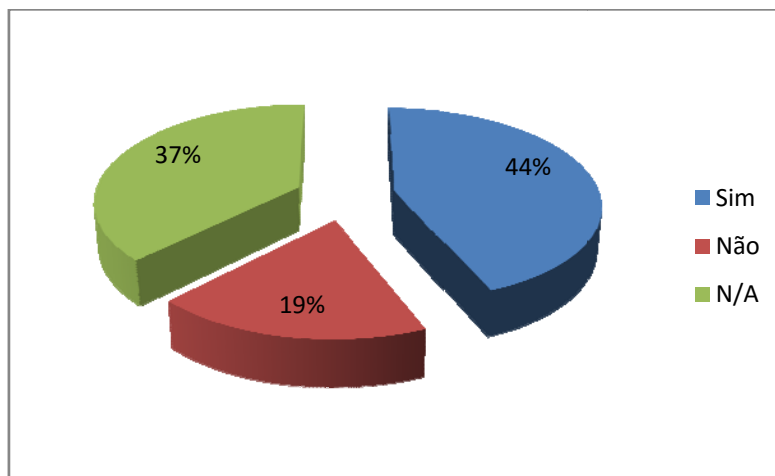
**Gráfico XXXIII – Distribuição de AO que coloca bata**

Relativamente a colocar proteção facial ou máscara e proteção ocular, 69% dos enfermeiros procederam a esta ação, sendo que 6% não cumpriram com este enunciado. 25% não se aplica às intervenções realizadas.



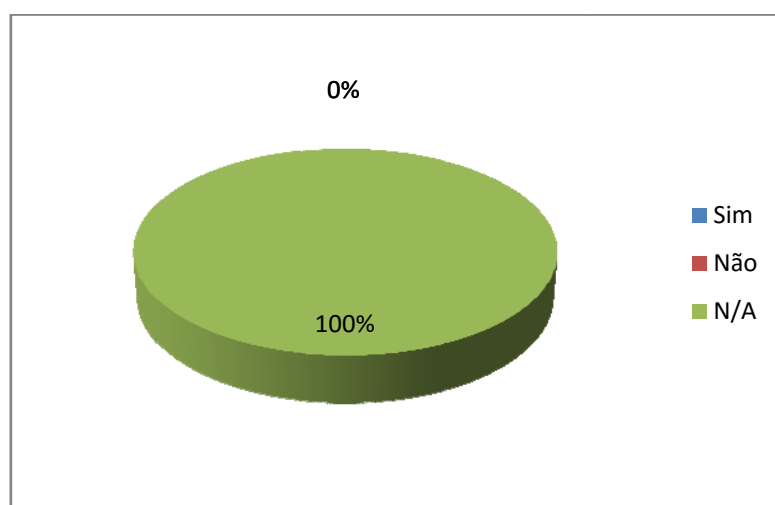
**Gráfico XXXIV – Distribuição de Enf que coloca proteção facial ou máscara e proteção ocular**

As intervenções realizadas pelos assistentes operacionais não implicaram o cumprimento deste enunciado 37%. 44% destes profissionais colocaram proteção facial ou máscara e proteção ocular. 19% dos profissionais não cumpriram com o procedimento adequado.

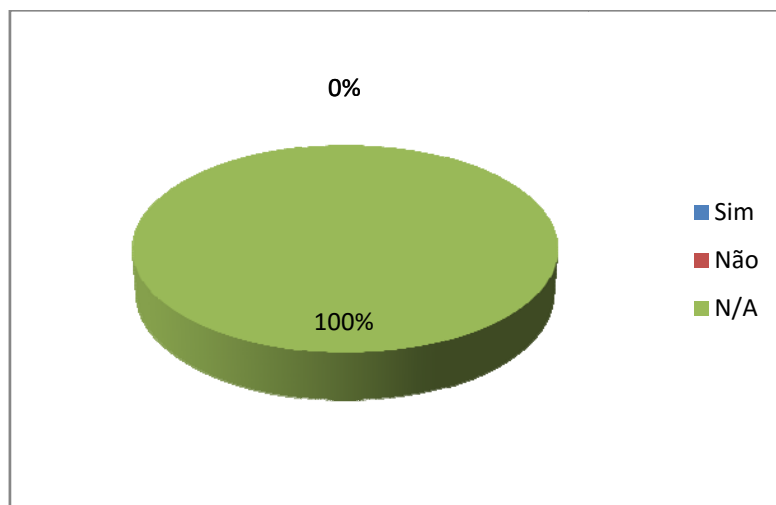


**Gráfico XXXV – Distribuição de AO que coloca proteção facial ou máscara e proteção ocular**

Relativamente à utilização de touca, este procedimento não se aplicou em nenhum momento de observação à prestação de cuidados à pessoa em situação de isolamento, quer na categoria profissional enfermeiros ou assistentes profissionais.

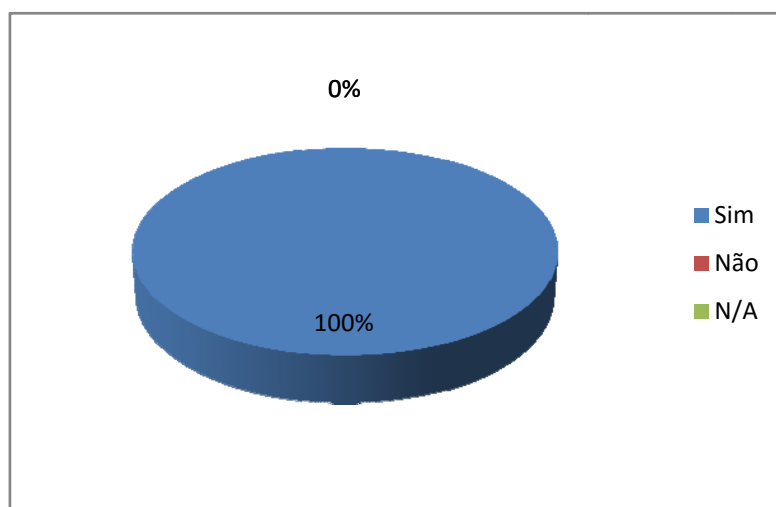


**Gráfico XXXVI – Distribuição de Enf que coloca touca**



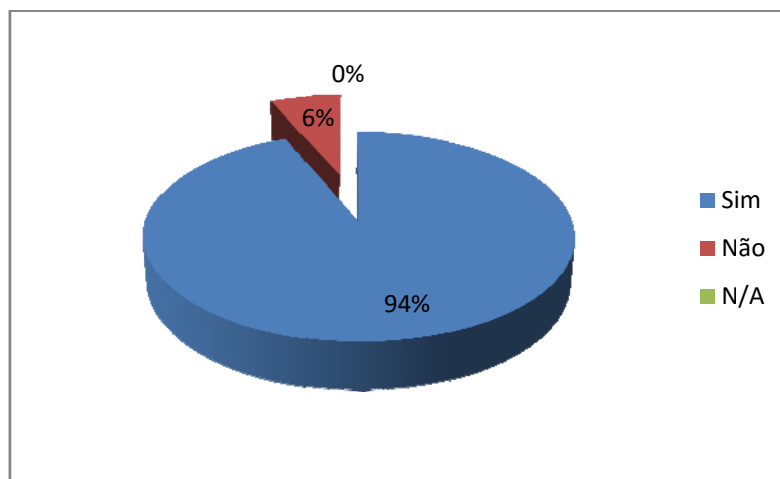
**Gráfico XXXVII – Distribuição de AO que coloca touca**

A utilização de luvas é cumprida por 100% por parte dos profissionais de enfermagem.



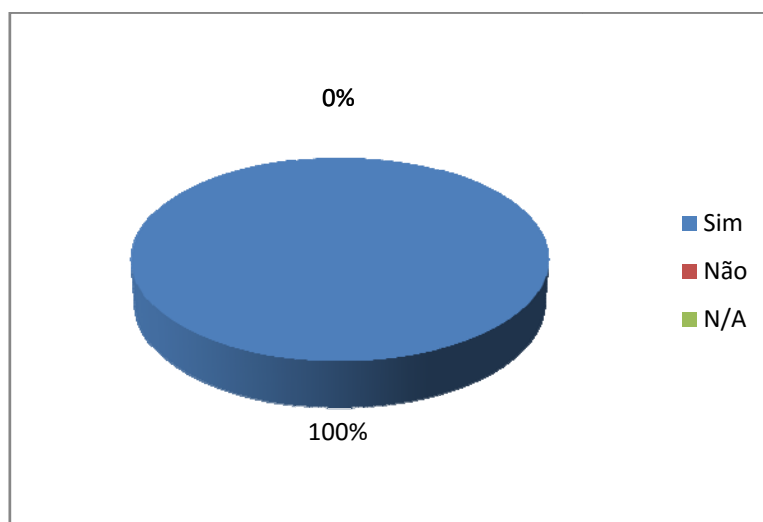
**Gráfico XXXVIII – Distribuição de Enf que coloca luvas**

6% dos assistentes operacionais não recorram à utilização de luvas, enquanto 94% cumpriram com o procedimento esperado.



**Gráfico XXXVIII – Distribuição de AO que coloca luvas**

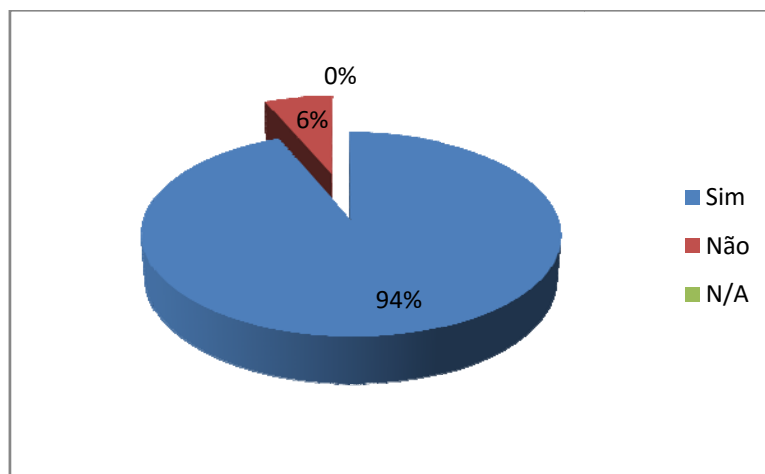
Verificamos, no decorrer das observações, que o tipo de luvas utilizadas foi o adequado ao procedimento a realizar, contabilizando 100%, nos cuidados de enfermagem.



**Gráfico XXXIX – Distribuição de Enf que usa luvas adequadas ao procedimento a realizar**

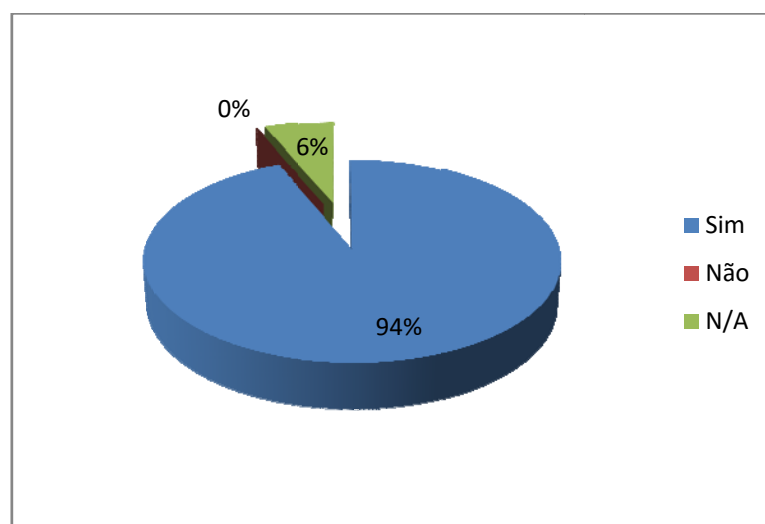


O uso de luvas inadequadas ao cuidado prestado revelou-se 6% pelos assistentes operacionais, enquanto 94% utilizaram tipo de luvas adequadas

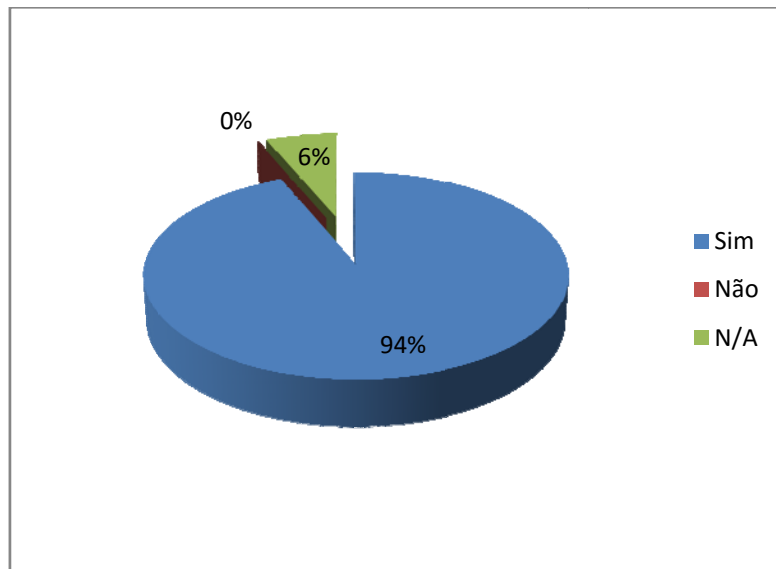


**Gráfico XL – Distribuição de AO que usa luvas adequadas ao procedimento a realizar**

As observações permitiram concluir que 96% dos enfermeiros e 96% dos assistentes operacionais utilizaram luvas quando se antecipa a exposição a sangue ou outros fluidos orgânicos. Nas observações realizadas, em 6% das situações, em ambas as categorias profissionais este enunciado não se aplicou pela natureza do cuidado prestado.

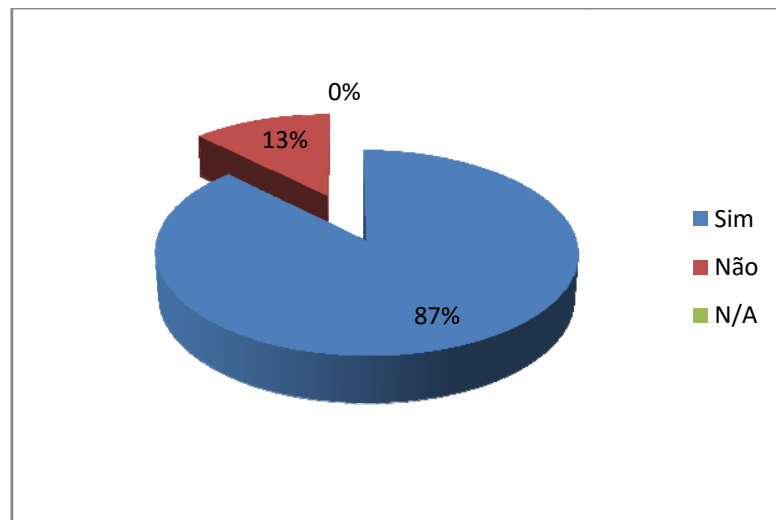


**Gráfico XLI – Distribuição de Enf que usa luvas quando se antecipa a exposição a sangue ou outros fluidos orgânicos**



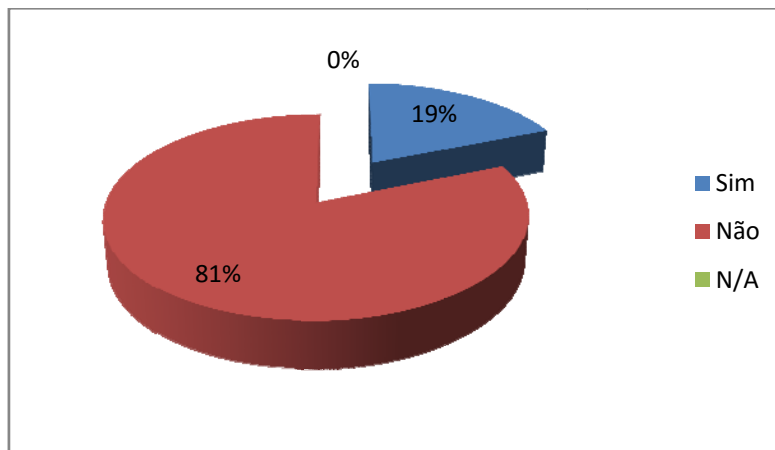
**Gráfico XLII – Distribuição de AO que usa luvas quando se antecipa a exposição a sangue ou outros fluidos orgânicos**

87% dos enfermeiros removem as luvas imediatamente após o procedimento realizado, enquanto 13% não cumprem o enunciado.



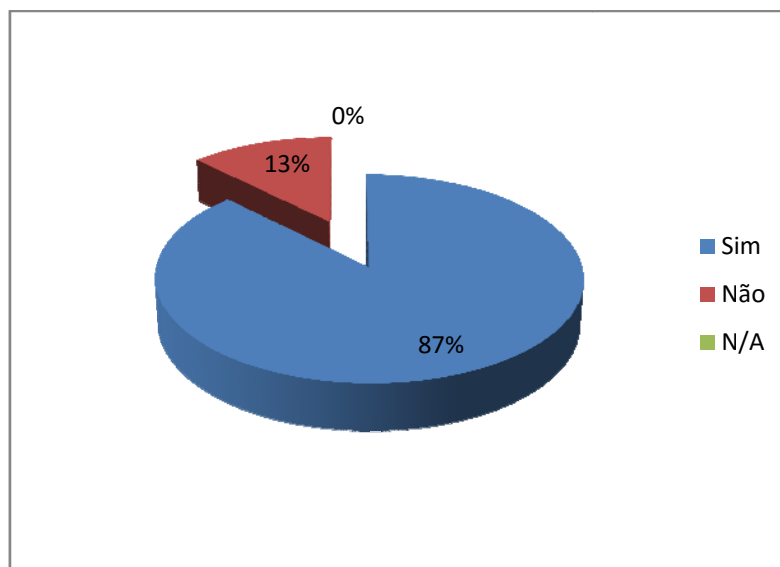
**Gráfico XLIII – Distribuição de Enf que remove luvas imediatamente após o procedimento**

Entre os assistentes operacionais 19% deste profissionais cumpre o enunciado, enquanto 81% não retira as luvas imediatamente após o procedimento realizado

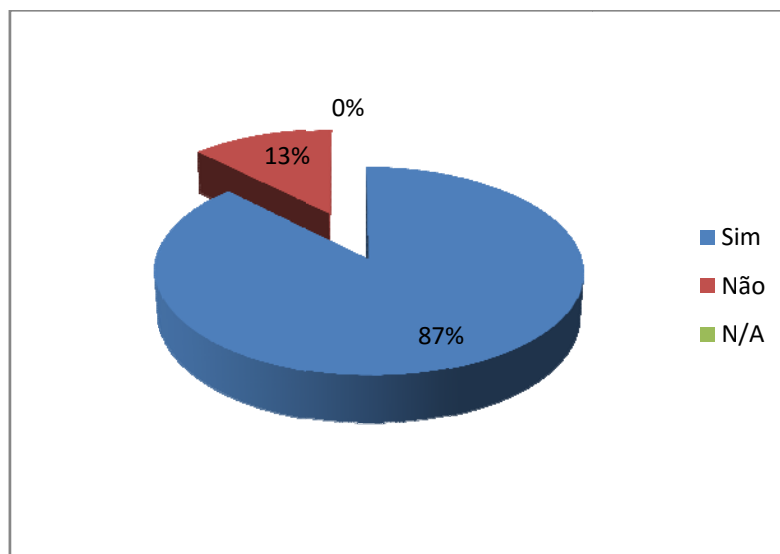


**Gráfico XLIV – Distribuição de AO que remove luvas imediatamente após o procedimento**

Nas situações de realização de procedimentos que envolvem o contacto direto com o doente, 87% dos enfermeiros utiliza avental. 13% não cumpre com este requisito. Iguais valores ressaltam das observações dos assistentes operacionais.

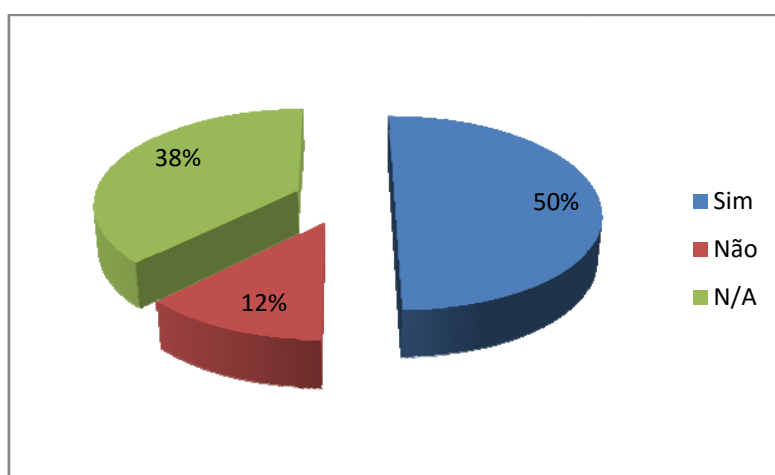


**Gráfico XLV – Distribuição de Enf que usa avental durante procedimentos que envolvam o contacto direto com o doente**



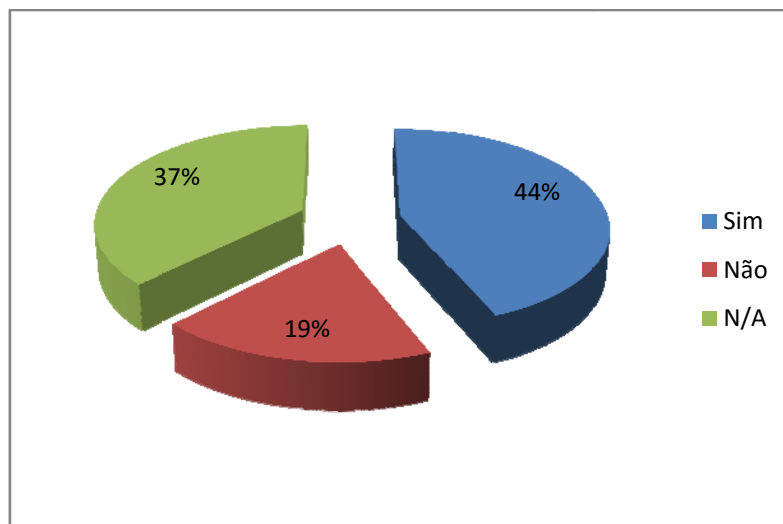
**Gráfico XLVI – Distribuição de AO que usa avental durante procedimentos que envolvam o contacto direto com o doente**

50% dos enfermeiros usam bata quando existe risco acrescido de salpicos de sangue ou fluidos corporais enquanto 12% não cumpre este requisito. Atendendo à natureza dos procedimentos realizados, 38% não se aplica.



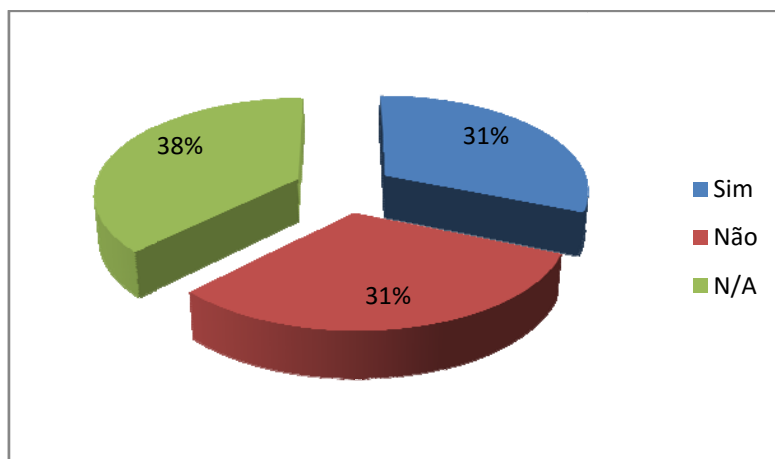
**Gráfico XLVII – Distribuição de Enf que usa bata quando existe risco acrescido de salpicos de sangue ou fluidos corporais**

Valores semelhantes obtemos das observações efetuadas à prestação de cuidados por parte dos assistentes operacionais, sendo que 44% cumpre com o requisito enquanto 19% não consoma. 37% não se aplica.



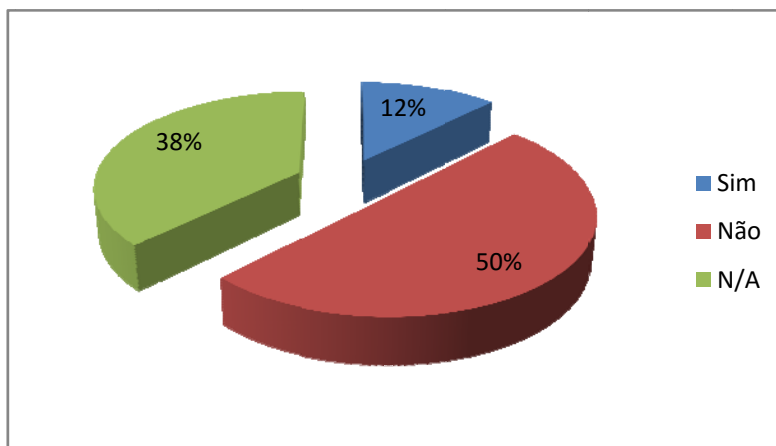
**Gráfico XLVIII – Distribuição de AO que usa bata quando existe risco acrescido de salpicos de sangue ou fluidos corporais**

31% dos enfermeiros apresenta a bata devidamente abotoada/atada atrás, enquanto igual percentagem, 31%, não apresenta bata corretamente abotoada/atada atrás. 38% não se aplica atendendo à natureza dos cuidados.



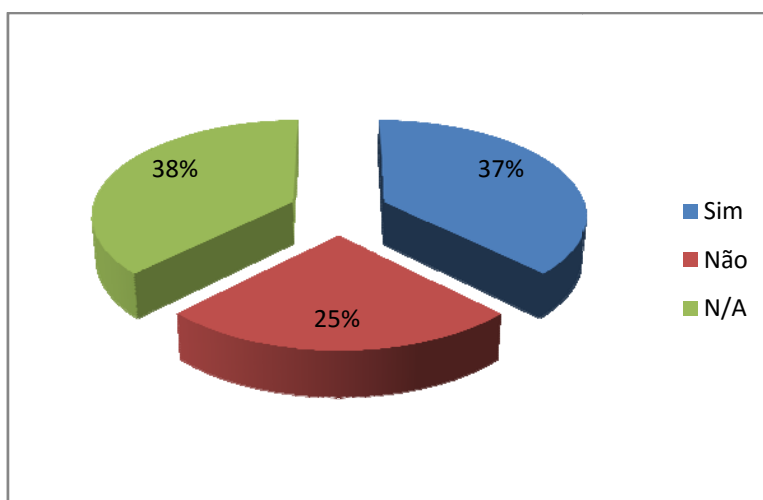
**Gráfico XLIX – Distribuição de Enf que usa bata abotoada/atada atrás**

50% dos assistentes operacionais não apresentam a bata abotoada/atada atrás aquando da prestação de cuidados, 12% cumpre com este requisito. Este enunciado não se aplica 38%.



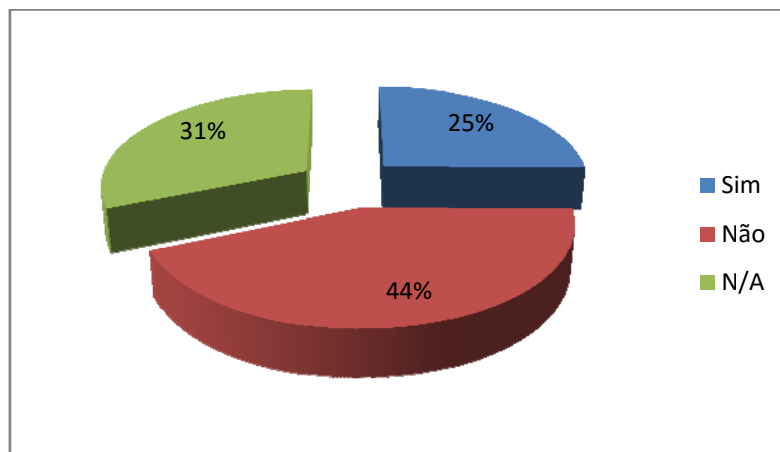
**Gráfico L – Distribuição de AO que usa bata abotoada/atada atrás**

Finalizando o procedimento a executar, 37% dos enfermeiros remove bata/avental imediatamente, 25% não cumpre com esta exigência. Este enunciado não é aplicável 38% das observações realizadas.



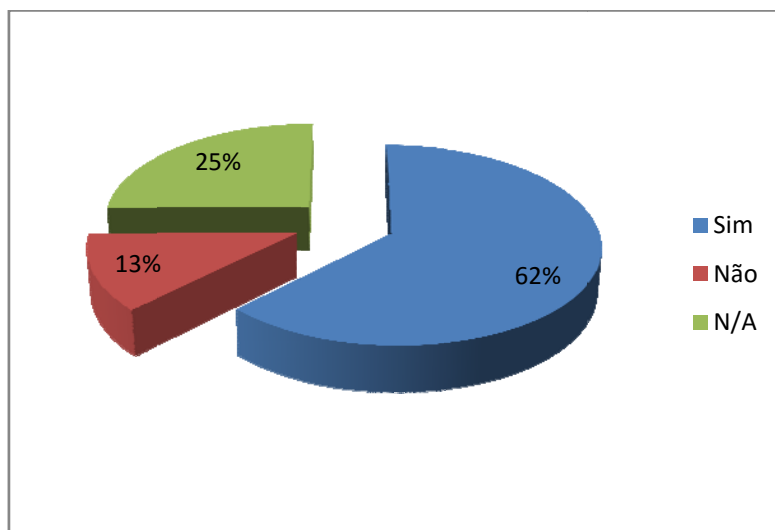
**Gráfico LI – Distribuição de Enf que remove bata/avental imediatamente após o procedimento**

44% dos assistentes operacionais não remove bata/avental imediatamente após o procedimento executado, enquanto 25% cumpre com o requisito, retirando imediatamente após a prestação de cuidados.



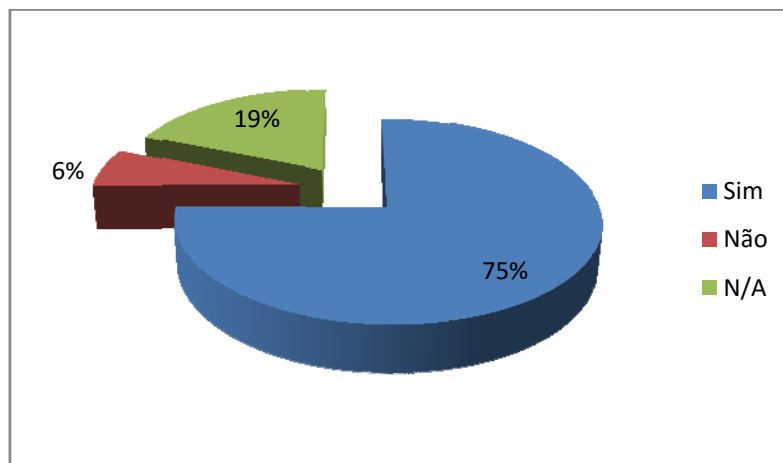
**Gráfico LII – Distribuição de AO que remove bata/avental imediatamente após o procedimento**

Quando existe o risco de salpicos de fluidos orgânicos para a face, 62% dos enfermeiros usam máscara. 13% não cumprem com este enunciados. Das observações realizadas 25% não se aplica devido ao cuidado prestado.



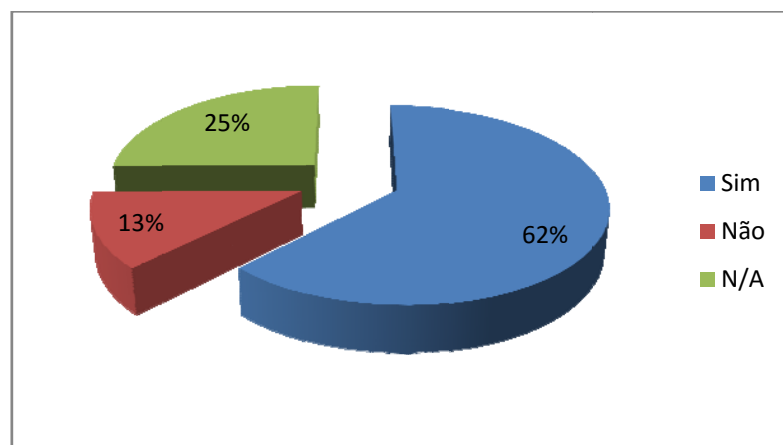
**Gráfico LIII – Distribuição de Enf que usa máscara quando existe o risco de salpicos de fluidos orgânicos para a face**

Relativamente aos assistentes operacionais, 75% cumpre com este enunciado, sendo que 6% não utilizou máscara mesmo perante o risco de salpicos de fluidos orgânicos para a face. 19% não se aplica este enunciado.



**Gráfico LIV – Distribuição de AO que usa máscara quando existe o risco de salpicos de fluidos orgânicos para a face**

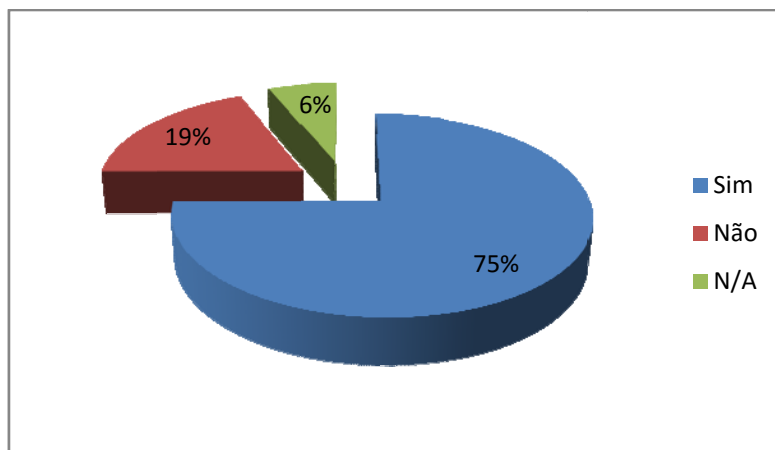
62% dos enfermeiros veste a máscara bem ajustada à face no decorrer das prestações de cuidados, em contrapartida 13%, mesmo utilizando este equipamento de proteção individual, não o coloca bem ajustada à face. 25% o seu uso não se aplicou.



**Gráfico LV – Distribuição de Enf que usa máscara bem ajustada à face**

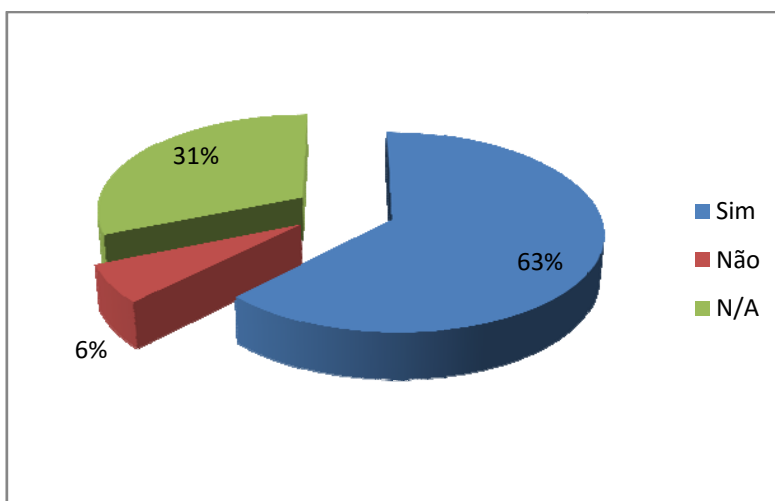


Em contrapartida, verificamos que no decorrer das observações 75% dos assistentes operacionais coloca a máscara bem ajustada. O oposto apuramos em 19% dos profissionais deste grupo profissional. A aplicação do presente enunciado não se aplicou em 6%.



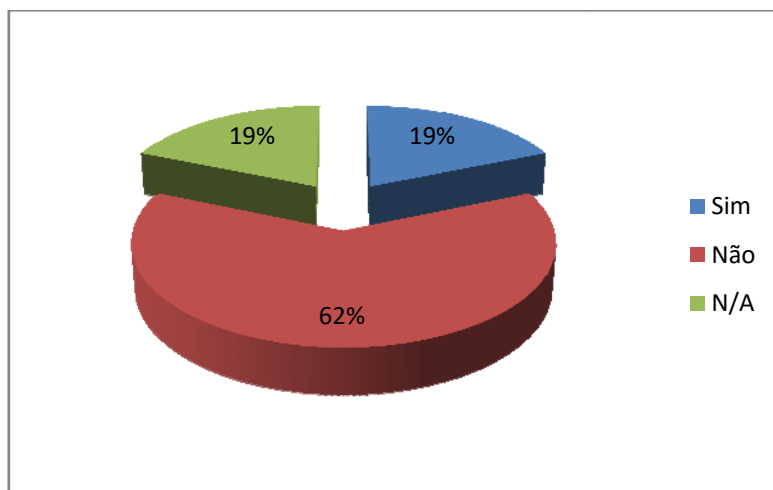
**Gráfico LVI – Distribuição de AO que usa máscara bem ajustada à face**

No término do procedimento executado 63% dos enfermeiros observados, removem a máscara, sendo que 6% não consumam o definido. Este enunciado não se aplica em 31% do observado.



**Gráfico LVII – Distribuição de Enf que remove máscara no final do procedimento**

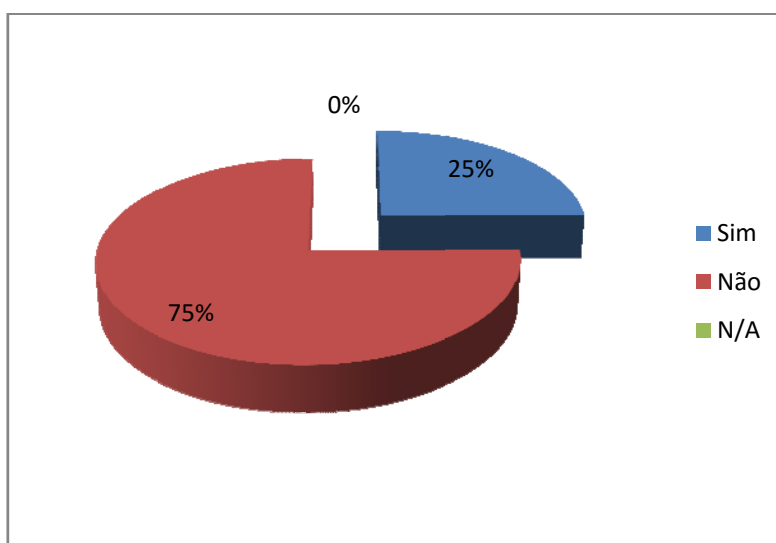
Relativamente ao grupo que constitui a categoria profissional de assistentes operacionais, 62% não remove a máscara no final do procedimento, em compensação 19% destes profissionais cumprem com o desejado, removendo este equipamento logo após ao finalizar da prestação de cuidados. Nos restantes 19% momentos de análise, o uso de equipamento em causa não se aplica.



**Gráfico LVIII – Distribuição de AO que remove máscara no final do procedimento**

A totalidade dos enfermeiros, 100%, apuramos, retira o somatório dos equipamentos de proteção individual empregado no momento que antecede a sua saída do quarto/unidade, pelo que optamos por não apresentar o gráfico correspondente a esta distribuição.

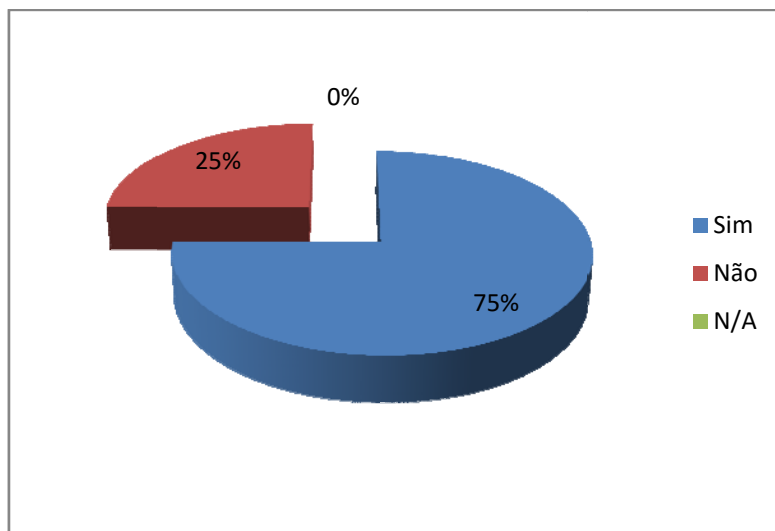
25% dos assistentes operacionais segue este expresse, sendo que os restantes, 75%, não remove os equipamentos de proteção individual antes de sair do quarto/unidade da pessoa em isolamento de contacto.



**Gráfico LIX – Distribuição de AO que retira o EPI antes de sair do quarto/unidade**

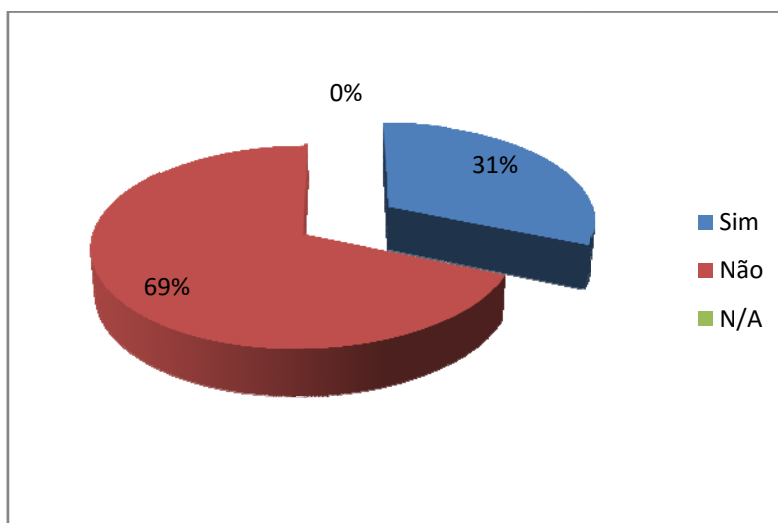
Tão importante como retirar a totalidade do equipamento de proteção individual antes de sair do quarto/ unidade é cumprir a sua retirada da forma preconizada.

75% dos enfermeiros retira bata e luvas enrolando-as para que a parte exposta fique para dentro, já 25% não o faz por esta ordem sequencial.



**Gráfico LX – Distribuição de Enf que retira bata e luvas enrolando-as para que a parte exposta fique para dentro**

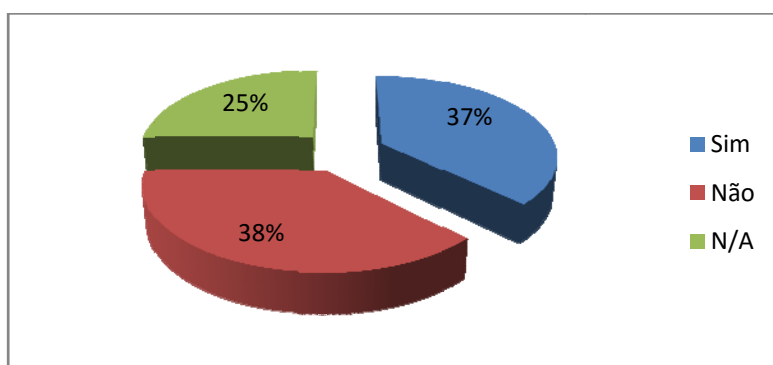
Aferimos analogamente aos assistentes operacionais que 31% destes profissionais praticam corretamente a retirada dos dispositivos bata e luvas enrolando-as para que a parte exposta fique voltada para dentro. 69% ao executar a retirada não cumpre a correta ordem sequencial.



**Gráfico LXI – Distribuição de AO que retira bata e luvas enrolando-as para que a parte exposta fique para dentro**

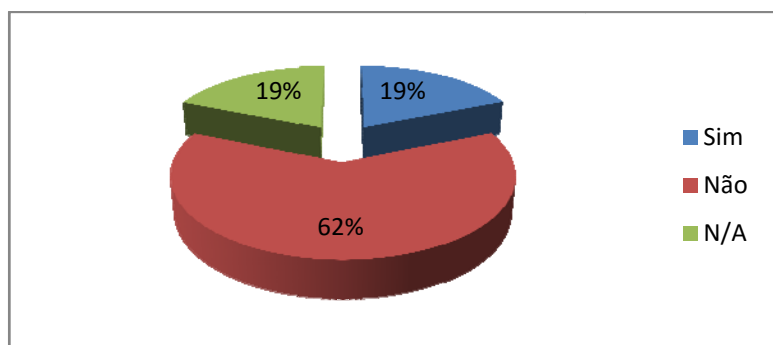
A retirada de touca, enquanto equipamento de proteção individual, é um procedimento não aplicável durante as observações realizadas. Concludentemente não são apresentados os gráficos representativos desta distribuição.

A proteção facial ou proteção ocular e máscara deverá ser retirada acatando sempre a esta ordem, tocando sempre nos elásticos e nunca na parte da frente. Averiguamos, no decorrer das observações, que 37% dos enfermeiros cumpre o presente enunciado, enquanto em contrapartida 38% desta categoria profissional não efetua a retirada desta forma. No suceder da colheita de dados, 25% não se aplica este enunciado.



**Gráfico LXII – Distribuição de Enf que remove a proteção facial ou proteção ocular e máscara (obedecendo a esta ordem, tocando sempre nos elásticos e nunca na parte da frente)**

O cumprimento dos enunciados em observação são comuns a todos os indivíduos que entram no quarto unidade/unidade da pessoa em situação de isolamento de contacto. Assim, 19% dos assistentes operacionais cumprem a ordem de retirada de bata e luvas atendendo ainda que deverão ser enroladas para que a parte exposta fique para dentro. Comparativamente, 62% destes profissionais não atende a estes cuidados não acatando ao preconizado. 19% das observações, não se aplicou este enunciado.



**Gráfico LXIII – Distribuição de AO que remove a proteção facial ou proteção ocular e máscara (obedecendo a esta ordem, tocando sempre nos elásticos e nunca na parte da frente)**

Analisando cuidadosamente os dados obtidos verificamos que a pessoa sujeita a situação de isolamento de contacto se encontra sempre colocado em local que minimize o risco de transmissão cruzada, encontrando o doente em isolamento geográfico (sempre disponível nas observações realizadas no período em causa). O quarto/unidade da pessoa encontrou-se sempre sinalizado com cartaz de identificação de isolamento, adequado à via de transmissão (transmissão por contacto).

Sucedem medidas gerais em caso de isolamento, sendo que todos os profissionais deverão cumprir as precauções universais, proceder à higienização das mãos, utilizar material e/ou equipamento na unidade do doente de forma individualizada.

A higiene das mãos é considerada a medida primordial na redução do risco de transmissão de microrganismos entre indivíduos ou mesmo de uma zona do corpo para outra, no mesmo indivíduo. Os profissionais de saúde devem proceder à correta higienização das mãos em cinco momentos, propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no decorrer da prática clínica. Os cinco momentos para realizar a higiene das mãos na prática clínica são (1) antes do contacto com o doente; (2) antes de procedimentos limpos/assépticos; (3) após risco de exposição a fluidos orgânicos; (4) após contacto com o doente e (5) após contacto com o ambiente envolvente do doente.

Decompondo os dados colhidos no decorrer das observações levadas a cabo concluímos, independentemente da categoria profissional, ser um aspeto a merecer ser trabalhado e bem monitorizado.

Atendendo que os enfermeiros e assistentes operacionais são quem mais permanece em contacto físico com a pessoa em situação de isolamento, estando consequentemente mais expostos ao risco de infeção, mas são também um elo de transmissão de infeção. Desta forma os profissionais deverão conhecer e adotar o uso de equipamento de proteção individual. Os dados obtidos permitem-nos concluir a necessidade de formar/treinar as equipas no sentido da aquisição de competências para atuar, de forma segura, perante determinadas situações, nomeadamente frente à pessoa em situação de isolamento.



## **2 – Conclusão**

Aquando da prestação de cuidados, a higienização das mãos e o uso devido de equipamento de proteção individual são o método mais eficaz de contrariar a propagação de doenças transmissíveis a todos os que contactam com o doente(sejam profissionais ou visitas/acompanhantes) e entre doentes, mas também a contaminação do ambiente circundante. Por outro lado, a ausência ou deficiente higienização das mãos e o uso incorreto do equipamento de proteção individual contribuirá para o risco acrescido de propagação de microrganismos, contribuindo para o aumento da probabilidade de transmissão cruzada de infecções. A ressaltar que a correta adoção das precauções básicas salvaguarda quer os profissionais de saúde quer a pessoa internada.





## **Referências**

FORTIN, M. – **O processo de investigação – da conceção à realização**. Loures. Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X



## **Apêndice 7: Ficha de Planeamento do Projeto**



## 3º Mestrado em Enfermagem

### Planeamento do Projeto

<b>Estudante:</b> Maria João Gonçalves Nunes	<b>Orientador:</b> Prof. <sup>a</sup> Orientadora Mariana Pereira; Enfermeira Orientadora M.C.
<b>Instituição:</b> Hospital da Margem Sul	<b>Serviço:</b> Cirurgia Geral
<b>Título do Projeto:</b> Otimização de Práticas na Prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto	
<p><b>Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema.</b> Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>):</p> <p><b><u>OBJETIVO GERAL</u></b> Promover a segurança dos cuidados à pessoa num Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital da Margem Sul em situação de isolamento.</p> <p><b><u>OBJETIVOS Específicos</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Divulgar junto da Equipa Multidisciplinar informação atualizada sobre a temática Precauções de Isolamento;</li><li>2. Melhorar os procedimentos da Equipa Multidisciplinar relativamente às Precauções de Isolamento;</li><li>3. Avaliar a implementação do projeto;</li><li>4. Divulgar o projeto.</li></ol>	
<b>Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção</b> (chefia directa, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)	
<p>No decorrer do presente projeto verificamos a necessidade de articular a intervenção com:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Sra. Enfermeira-Chefe, a qual controlará toda a informação e fomentará o envolvimento da equipa de enfermagem e equipa de assistentes operacionais;</li><li>- Sra. Enfermeira Orientadora, que contribuirá (enquanto também elemento da Comissão de Controlo de Infecção) com os seus conhecimentos e competências na maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a Pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, assim como guiará o projeto de acordo com a realidade do serviço e consequentes necessidades;</li><li>- Sra. Enfermeira da Comissão de Controlo de Infecção de um Hospital da Margem Sul enquanto representante da referida comissão;</li><li>- Equipa de Enfermagem, pela necessidade da obtenção dos seus contributos e sugestões, enquanto parte integrante do projeto;</li><li>- Equipa de Assistentes Operacionais, como parte integrante e fundamental na colaboração dos cuidados e preparação da unidade da Pessoa em Isolamento de Contacto;</li><li>- Pessoa em isolamento e familiares, enquanto participantes do projeto.</li></ul>	
<p style="text-align: right;"><b>Data:</b> 30 /06 /2014      <b>Assinatura:</b> M<sup>a</sup> João Nunes</p>	

## 3º Mestrado em Enfermagem

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
1. Divulgar junto da Equipa Multidisciplinar informação atualizada sobre a temática Precauções de Isolamento;	Realização de Revisão Bibliográfica; Realização de Revisão Sistemática da Literatura em bases de dados; Elaboração de Artigo a partir da Revisão Sistemática da Literatura; Construção de Dossier temático relativo ao controlo de Infecção – Isolamentos; Disponibilização à Equipa do Dossier temático.	Docente Orientadora	Computador com acesso à <i>internet</i> e VPN do IPS; Computador com acesso à <i>intranet</i> ; Papel e caneta.	Ver Cronograma (Apêndice)	Apresentação da Revisão Bibliográfica no enquadramento conceptual no relatório; Apresentação de dossier temático relativo ao controlo de Infecção – Isolamentos.
2. Melhorar os procedimentos da Equipa Multidisciplinar relativamente às Precauções de Isolamento.	Calendarização e marcação de ação de formação sobre procedimentos relativos às Precauções de Isolamento (articulação com a Sra. Enfermeira responsável pela formação em serviço); Criação de dispositivos de sinalética de identificação do Isolamento no serviço (quadro de doentes da sala de trabalho, entrada do quarto/unidade do doente); Treinar a Equipa (Enfermeiros e Assistentes Operacionais) nos procedimentos relativos às Precauções de Isolamento; Divulgar o Procedimento existente no Hospital da Margem Sul por toda a Equipa.	Docente Orientadora; Enfermeira Orientadora; Enfermeira Chefe; Equipa de Enfermagem; Equipa de Assistentes Operacionais.	Computador com programa de edição de texto e impressora; Computador com acesso à <i>internet</i> ; Papel e caneta; Sinaléticas já existentes; Material EPI descartável.		Cartaz de divulgação da ação de formação; Plano da ação de formação; Diapositivos de suporte à ação de formação;

## 3º Mestrado em Enfermagem

3. Avaliar a implementação do projeto.	Reflexão continua sobre a implementação do projeto; Reformulação das atividades planeadas quando necessário; Realização de observações aplicando a mesma grelha de observação utilizada no Diagnóstico de Situação.	Docente Orientadora; Enfermeira Orientadora; Enfermeira Chefe; Equipa de Enfermagem; Equipa de Assistentes Operacionais	Computador com programa de edição de texto e impressora; Computador com acesso à internet; Papel e caneta;		<b>Avaliação da ação de formação</b>  Apresentação de dados relativos à observação
4. Divulgar o projeto.	Elaboração de um artigo acerca da implementação do PIS.	Docente Orientadora			Apresentação de um Artigo para posterior divulgação.

### Cronograma:

*Vide Apêndice*

### Orçamento:

Recursos Humanos: Estão compreendidos todos os elementos descritos anteriormente no ponto "Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção" salvaguardando a Docente Orientadora pela necessidade de acautelar o cumprimento dos requisitos de excelência da ESS/IPS, bem como a aquisição de contributos científicos e profissionais que permitam a construção de um projeto exequível e válido, quer do ponto de vista científico quer profissional.

Recursos Materiais: Recorrer-se-á à utilização do computador pessoal com acesso à internet e VPN do IPS para a realização de pesquisa bibliográfica e igualmente para a orientação do projeto em curso; computador disponível no Serviço de Cirurgia Geral com acesso à intranet consentindo aceder à documentação do hospital (Normas de Orientação Clínica e Procedimentos Sectoriais); impressora e papel que possibilitaram a impressão dos documentos; papel e caneta para os apontamentos necessários.

### Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

- Dificuldade em realizar as atividades determinadas em tempo útil; Gestão rigorosa do tempo.
- Falta de adesão/interesse por parte da equipa de enfermagem e equipa de assistentes operacionais; partilha de informação como forma de envolvimento da equipa e recolha de sugestões, bem como sensibilização dos enfermeiros e assistentes operacionais para a adesão ao projeto em desenvolvimento.

Data 30/ 06/ 2014

Assinatura: Maria João Nunes Docente: Prof. Mariana Pereira





## **Apêndice 8: Cronograma Planeamento do Projeto**



[illegible]



## **Apêndice 9: Cartaz divulgação Ação Formação Equipa de Enfermagem**



Centro Hospitalar



# Formação Em Serviço

## Cirurgia Geral



	27 Out	30 Out	3 Nov
<b>Avaliação da Capacidade Funcional das Pessoas Internadas no SCG:</b>			
<b>Aplicação da Escala de Barthel</b>	9h	10h	11h
	13h	14h	15h
<b>Otimização de Práticas na Prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto</b>	10h	11h	09h
	14h	15h	13h
<b>Prevenção de Úlceras por Pressão - avaliação do risco</b>	11h	9h	10h
	15h	13h	14h

**Duração de cada sessão:** 45min

**Local:** Sala de Sessões do Serviço de Cirurgia Geral

**Nota:** Nos dias das sessões, os Enfermeiros não escalados para o Serviço deverão efetuar o registo biométrico – tempo contabilizado em banco de horas.

\*Estudantes do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal

Enfermeira Orientadora:

Docente Orientadora: Marlana Pereira; Enfermeira Chefe:





## **Apêndice 10: Cartaz divulgação Ação Formação Equipa de AO**



# Formação Em Serviço



**26 NOV**

**Otimização de Práticas  
na Prestação de  
Cuidados à Pessoa em  
Isolamento de Contacto**

**15h**

**15h**

Duração da sessão: 60min

POPUÇÃO ALVO: Equipa de Assistentes Operacionais (AO) do Serviço Cirurgia Geral

LOCAL: Sala de Sessões do Serviço de Cirurgia Geral

Nota: Quem não estiver a fazer turno nos dias das sessões, deverá fazer o registo biométrico para que as horas sejam contabilizadas em banco de horas.



## **Apêndice 11: Plano Ação Formação Equipa de Enfermagem**





### Plano da Ação de Formação

<b>Tema</b>	Otimização de Práticas na Prestação de Cuidados à Pessoa em isolamento de Contacto		
<b>Data</b>	27, 30 de Outubro e 3 de Novembro 2014		
<b>Local</b>	Sala de Sessões do Serviço Cirurgia Geral		
<b>Destinatários</b>	Enfermeiros		
<b>Formador</b>	M <sup>a</sup> João Nunes		
<b>Duração</b>	45 minutos		
<b>Objetivo geral</b>	Nortear os enfermeiros na prestação de cuidados seguros de acordo com a via de transmissão - contacto.		
<b>Objetivos específicos</b>	Divulgar o PIS; Compreender o impacto das IACS; Sensibilizar os enfermeiros para a conveniência do uso de EPI nos cuidados de saúde; Demonstrar como se coloca e remove os distintos EPI.		
	Conteúdos	Metodologia	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentação aos enfermeiros ;</li> <li>Contextualização da ação de formação;</li> <li>Apresentação do tema e metodologia de trabalho;</li> <li>Divulgação dos objetivos da sessão.</li> </ul>	Expositiva  Computador e Projetor	3
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Divulgação do Diagnóstico de Situação;</li> <li>Difusão dos resultados das observações, no período Junho de 2014;</li> <li>Breve abordagem às IACS;</li> <li>Isolamento / Isolamento de contacto;</li> <li>Técnica de colocação e remoção de EPI.</li> </ul>	Expositiva Demonstrativa Interativa  Computador e Projetor	35
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>Síntese dos aspetos mais significativos da sessão;</li> <li>Validação de conteúdos.</li> </ul>	Expositiva Participativa	5
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliação da formação, impacto nos formandos e desempenho do formador</li> </ul>	Aplicação do questionário do Núcleo de Formação do CHS	2





## **Apêndice 12: Plano Ação Formação Equipa de AO**





### Plano da Ação de Formação

<b>Tema</b>	Otimização de Práticas na Prestação de Cuidados à Pessoa em isolamento de Contacto		
<b>Data</b>	25, 26 de Novembro 2014		
<b>Local</b>	Sala de Sessões do Serviço Cirurgia Geral		
<b>Destinatários</b>	Assistentes Operacionais		
<b>Formador</b>	M <sup>a</sup> João Nunes		
<b>Duração</b>	60 minutos		
<b>Objetivo geral</b>	Nortear a equipa de Assistentes Operacionais na prestação de cuidados seguros de acordo com a via de transmissão - contacto.		
<b>Objetivos específicos</b>	Divulgar o PIS; Compreender o impacto das IACS; Sensibilizar os assistentes Operacionais para a conveniência do uso de EPI nos cuidados de saúde; Demonstrar como se coloca e remove os distintos EPI.		
	Conteúdos	Metodologia	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentação aos assistentes operacionais;</li> <li>Contextualização da ação de formação;</li> <li>Apresentação do tema e metodologia de trabalho;</li> <li>Divulgação dos objetivos da sessão.</li> </ul>	Expositiva  Computador e Projetor	5
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Divulgação do Diagnóstico de Situação;</li> <li>Difusão dos resultados das observações, no período Junho de 2014;</li> <li>Breve abordagem às IACS;</li> <li>Isolamento / Isolamento de contacto;</li> <li>Técnica de colocação e remoção de EPI;</li> <li>Precauções básicas na limpeza do ambiente de prestação de cuidados.</li> </ul>	Expositiva Demonstrativa Interativa  Computador e Projetor	40
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>Síntese dos aspetos mais significativos da sessão;</li> <li>Validação de conteúdos.</li> </ul>	Expositiva Participativa	10
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliação da formação, impacto nos formandos e desempenho do formador</li> </ul>	Aplicação do questionário do Núcleo de Formação do CHS	5



**Apêndice 13: Diapositivos de suporte Ação Formação Equipa  
Enfermagem**



## Otimização de Práticas na Prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

### SERVIÇO CIRURGIA GERAL FORMAÇÃO EM SERVIÇO

ESTUDANTE: M<sup>o</sup> João Nunes

ORIENTADOR: Enf<sup>a</sup> [redacted]  
Prof<sup>a</sup> Mariana Pereira

SETÚBAL, 27, 30 OUTUBRO, 3 NOVEMBRO 2014

Centro Hospitalar [redacted]



Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Objetivo Geral

- Nortear os enfermeiros na prestação de cuidados seguros à pessoa em isolamento, de acordo com a via de transmissão - contacto.

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Objetivos Específicos

- Divulgar o PIS;
- Compreender o impacto das IACS;
- Sensibilizar os enfermeiros para a conveniência do uso de EPI nos cuidados de saúde;
- Demonstrar como se coloca e remove os distintos EPI.

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Diagnóstico de Situação

### Problema identificado:

- Necessidade de uniformização de procedimentos sobre Precauções de isolamento em vigor no CHS – HSB.

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Ferramenta de Diagnóstico

- Grelha de observação

- 32 observações (16 equipa de enfermagem; 16 equipa de AO).

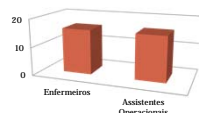


Gráfico I – Distribuição por Categoria Profissional

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Análise Resultados Observações

- Higienização das mãos - antes do contacto com o doente.

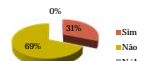


Gráfico IV – Distribuição de Enf. quanto à higienização das mãos

- Higienização das mãos - após remoção EPI.

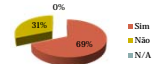


Gráfico XII – Distribuição de Enf. que higieniza as mãos após a remoção do equipamento de proteção individual

- Higienização das mãos - retira jóias e adornos.

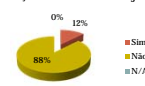


Gráfico XVI – Distribuição de Enf. que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento (retira jóias e adornos das mãos e antebraços antes de iniciar)

- Utilização EPI – remove bata / avental imediatamente finalizado o procedimento.



Gráfico LI – Distribuição de Enf. que remove bata/avental imediatamente após o procedimento

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Definição Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS)

- Infecção adquirida pela pessoa no decorrer da prestação de cuidados, a qual não estava presente ou em incubação no momento de admissão.
- Estão incluídas as infecções adquiridas no hospital e que se manifestam após a alta, tal como, as infecções que afetam os profissionais no decorrer da prestação de cuidados.

DGS, 2007

Ducel G et al. Prevention of hospital-acquired infections. A practical guide. WHO 2002



Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## O aumento de IACS a nível mundial

- 4 milhões de pessoas por ano tem uma IACS;
- 16 milhões de dias extra de internamento;
- 37000 mortes /ano;
- Impacto económico anual estimado: 5,5 biliões de euros.

Fonte: ECDC Annual Epidemiological Report 2008 and Monnet DL, ECDC (preliminary estimate)



Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Consequências das IACS

- Agravamento do estado de saúde;
- Prolongamento do internamento;
- Causa importante de morbilidade/mortalidade;
- Custos económicos adicionais elevados (fármacos, exames complementares de diagnóstico, necessidade de isolamento,...).

OMS, cit. DGS, 2007

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Taxas infeção CHS

- Prevalência de doentes com IACS de 13,6%;
- SCG, num total de 37 doentes estudados 6 apresentavam IACS, aferindo-se uma prevalência de 16,2% de doentes com IACS.

Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção, HSB, 2012

- 71,4% MRSA (*Staphylococcus aureus* resistente à metilina)

Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção, HSB, 2012

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Cadeia epidemiológica de transmissão de microorganismos



Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Via de transmissão de microorganismos

- Contacto direto;
- Contacto indireto;
- Gotículas;
- Via aérea.



Google ©

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto



## Via de transmissão de microrganismos

Vias de transmissão	Reservatório/ Fonte	Dinâmica da Transmissão	Microrganismos
Contato direto	Doentes Profissionais de saúde	Pessoa a pessoa durante a prestação dos cuidados ex: transmissão por aperto de mão, palpção abdominal, cuidados de higiene	<i>Staphylococcus aureus</i> , Bacilos Gram negativos, Vírus respiratórios
Contato indireto	Instrumentos e equipamento de uso clínico	A transmissão ocorre passivamente através de um objeto intermediário (normalmente inanimado); ex: transmissão por <u>não mudar luvas entre doentes</u> , <u>partilha de estetoscópio</u> ...	<i>Salmonella</i> spp, <i>Pseudomonas</i> , <i>Acinetobacter</i> , <i>S. maltophilia</i>

Adaptado dos Centers for Disease Control and Prevention  
Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Prevenção

- Impõem-se, no decorrer da prestação de cuidados à pessoa, a implementação de ações que permitam a prevenção da transmissão cruzada de microrganismos – Precauções Básicas e Isolamento.

Pina *et al.*, 2010

- Os enfermeiros podem contribuir para a redução dos índices de infeção hospitalar, através da adoção de medidas de precaução.

Sousa *et al.*, 2011

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Prevenção

### Precauções Básicas

- Medidas aplicadas a todos os doentes em todas as unidades de saúde, independentemente se há suspeita ou confirmação da infeção.

### Precauções Específicas

- Usadas em doentes com infeção ou colonização conhecida ou suspeita por agentes infecciosos que não podem ser contidos somente com o uso de precauções básicas.
- Dependem das vias de transmissão.

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Isolamento

- “Segregação de pessoas ou animais infectados durante o período de transmissibilidade da doença, em lugar e condições que evitem a transmissão do agente infeccioso aos susceptíveis.”

Martins, 2001:22

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Isolamento de contacto

- Visa a diminuição do risco da transmissão de microrganismos através do contacto direto ou indireto.

Carmagnani, 2000; Siegel *et al.* 2007

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## 1. Colocação dos doentes

- Local que minimize o risco;
- Evitar deslocações desnecessárias.



Google

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## 2. Higienização das Mãos

- Transmissão de microrganismos através das mãos

### Ambiente de prestação de cuidados



- Doente;
- Profissional;
- Procedimento / Tratamento.

Fonte: Procedimento CIF 14 CHS

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## 2. Higienização das Mãos

- Unhas curtas e limpas (sem extensões e sem verniz);
- Retirar adornos;
- Proteger cortes e abrasões;
- Não usar fardamento com mangas compridas.

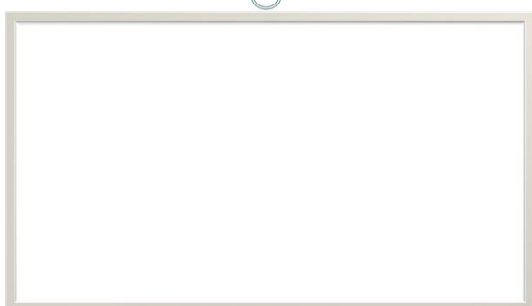


Google

Fonte: Procedimento CIF 14 CHS

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## 2. Higienização das Mãos



Fonte: [https://www.youtube.com/watch?v=staf\\_#2C7C0A](https://www.youtube.com/watch?v=staf_#2C7C0A)

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## 2. Higienização das Mãos

- Efetuada no local de prestação de cuidados;
- Realizada em 5 momentos essenciais;
- Preferir a fricção com SABA (acessível no local, rapidez, melhor tolerada);
- Recorrer a água e sabão quando mãos visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica;
- Técnica adequada e duração indicada.

Fonte: Procedimento CIF 14 CHS

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## 2. Higienização das Mãos



Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## 3. Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)

- "(...) dispositivo (...) que se destina a ser utilizado por um indivíduo com vista à sua proteção contra um ou mais riscos suscetíveis de ameaçar a sua saúde, bem como a sua segurança."

Diretiva89/686/CEE

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

### 3. Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)

- A seleção dos EPI a usar em cada momento da prestação de cuidados deverá ser baseada em função do contacto previsto:
  - Avaliar o risco de transmissão cruzada de microrganismos;
  - Risco de contaminação do fardamento, pele e mucosas do profissional de saúde com sangue, líquidos orgânicos, secreções/excreções do doente.

Pratt, 2001

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

### 3. Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)

- A Instituição fornece os EPI em qualidade e quantidade suficientes aos procedimentos.



- É da **responsabilidade do profissional** a sua correta escolha e uso.

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

### 3.1. Luvas

- Adequadas ao utilizador e ao procedimento a que se destinam;
- Remover imediatamente após o uso no doente/ou após o procedimento;
- Após o uso / entre a troca de luvas deve higienizar **sempre** as mãos;
- As luvas devem calçar-se à entrada do quarto ou área de isolamento e retiradas antes de sair do quarto.



Fonte: Norma DGS, nº013/2014 de 25/08/2014

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

### 3.1. Luvas / Tipo de Procedimentos



Fonte: Norma DGS, nº013/2014 de 25/08/2014

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

### 3.2. Máscaras e Proteção de Olhos e Face

- Usados **apenas** quando se verifica risco de projeção de salpicos de fluidos orgânicos para a face;
- Durante procedimentos geradores de aerossóis (ex.: entubações);
- Óculos pessoais não conferem proteção ocular adequada.

Fonte: Procedimento CIF 06 CHS

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

### 3.2. Máscaras

- Ajustada à face, cobrindo totalmente boca e nariz;
- Removida e substituída no final do procedimento e quando a integridade estiver comprometida (acumulação de humidade ou contaminação).



Fonte: Procedimento CIF 06 CHS

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

### 3.3. Avental de plástico

- Utilizar quando se prevê contacto direto com o doente;
- Proteção da farda quando se verifica provável contaminação;
- Substituída no final do procedimento (cuidados de higiene e realização do penso).



Fonte: Procedimento CIF 06 CHS

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

### 3.4. Bata

- Utilizar quando se prevê o risco acrescido de salpicos de sangue ou fluidos corporais;
- Substituída no final do procedimento;
- Retirar a bata antes de sair do quarto (assegurar-se que a roupa não contacta com superfícies potencialmente contaminadas).



Fonte: Procedimento CIF 06 CHS

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

### Educação Doente/Família

- Baseia-se na sensibilização ao uso das medidas de precaução e na sua responsabilização:
- ✓ Restringir o número de visitas;
- ✓ Friccionar as mãos com SABA ao entrar e ao sair do quarto;
- ✓ Não partilhar objetos de uso pessoal.

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

### Sinalização



Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

### Colocação EPI

#### 1º Bata:

- Selecionar a bata apropriada;
- Abrir pela parte posterior;
- Vista apertando os atilhos atrás;
- Se a bata for pequena, pode vestir duas:
  - 1ª bata ata à frente;
  - 2ª bata ata atrás.



OMS, 2004

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

### Colocação EPI

#### 2º Máscara (usada **apenas** quando se verifica risco de projeção de salpicos de fluidos orgânicos para a face):

- Colocar a máscara sobre o nariz, boca e queixo;
- Ajuste a parte superior ao nariz;
- Segure à cabeça com os atilhos ou elásticos;
- Ajuste bem.



OMS, 2004

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Colocação EPI

**3º Proteção ocular/facial** (usada **apenas** quando se verifica risco de projeção de salpicos de fluidos orgânicos para a face) :

- Posicionar os óculos sobre os olhos e segura-los nas orelhas ou usar atilhos;
- Posicione a proteção facial sobre a face e segure-a com os atilhos;
- Ajuste.



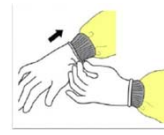
OMS, 2004

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Colocação EPI

**4º Luvas:**

- Calçar as luvas no final;
- Selecione o tipo e o tamanho de luvas mais adequado;
- Insira as mãos nas luvas;
- Puxe as luvas até prender o punho da bata.



OMS, 2004

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Remoção EPI

**1º Luvas:**

- Pegue no bordo da luva, junto ao punho;
- Retire da mão, virando de dentro para fora;
- Segure com a mão oposta.



- Meta o dedo da mão sem luva por debaixo da outra luva e remova-a;
- Vire a luva do avesso criando uma bolsa para ambas;
- Elimine as luvas.



OMS, 2004

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Remoção EPI

**2º Proteção ocular/facial** (usada **apenas** quando se verifica risco de projeção de salpicos de fluidos orgânicos para a face):

- Retirar os óculos e proteção facial – sem luvas;
- Afastar da face;
- Colocar em local apropriado para eliminar.



OMS, 2004

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Remoção EPI

**3º Bata:**

- Desaperte os atilhos;
- Puxe a bata pelos ombros;
- Vira-la do avesso;
- Enrola-la;
- Eliminar.



OMS, 2004

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Remoção EPI

**4º Máscara** (usada **apenas** quando se verifica risco de projeção de salpicos de fluidos orgânicos para a face):

- Desaperte o atilho debaixo, depois o de cima;
- Retire da face;
- Eliminar.



OMS, 2004

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Após Remoção EPI



Proceder **sempre** à higienização das mãos

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Resíduos

- Os resíduos produzidos no quarto de isolamento deverão ser colocados nos dispositivos de recolha junto ao doente (contenção na fonte).



RESÍDUOS HOSPITALARES DE RISCO BIOLÓGICO –  
Grupo III

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Validação Conteúdos

### Classifique as afirmações como Verdadeiro ou Falso

Entende-se por isolamento de contacto o estabelecimento de barreiras físicas de modo a reduzir a transmissão de microrganismos de um indivíduo para outro.	<b>V</b>
O cumprimento das recomendações de isolamento é uma necessidade incontornável e insubstituível.	<b>V</b>

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Validação Conteúdos

### Classifique as afirmações como Verdadeiro ou Falso

As visitas não devem ser informadas das medidas de prevenção a adotar.	<b>F</b>
A principal medida de isolamento é a lavagem e/ou desinfecção das mãos.	<b>V</b>
O EPI disponível, como exemplo o avental, luvas, bata, deve ser usado criteriosamente para evitar falsas seguranças e custos desnecessários.	<b>V</b>

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Validação Conteúdos

### Classifique as afirmações como Verdadeiro ou Falso

Quarto individual é obrigatório.	<b>F</b>
A informação do tipo de isolamento não deverá ser facultada aos profissionais que prestam cuidados no serviço.	<b>F</b>
O contacto direto e indireto é a via de transmissão mais comum de infeções associadas aos cuidados de saúde.	<b>V</b>

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Validação Conteúdos

### Classifique as afirmações como Verdadeiro ou Falso

O uso de unhas artificiais, unhas compridas e com verniz, anéis e outros acessórios de pulso tornam menos eficaz a higiene das mãos, no que respeita ao controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde.	<b>V</b>
O número de microrganismos não é diretamente proporcional ao número de acessórios utilizados.	<b>F</b>

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Qualidade Cuidados



Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Treino dos profissionais



Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Bibliografia

- CARMAGNAMI, M. I. (2000). *Segurança e Controle de Infecção*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores;
- CCI – Comissão de controle de infecção. Disponível em: Intranet do CHM. [Consultado em 12/03/2014];
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infection Agents in Healthcare Setting. [Em linha] 2007;
- CENTRO – Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção, (2012). Comissão de Controle de Infecção. Janeiro, 2013;
- CONSELHO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS - Diretiva89/686/CEE do Conselho de 21 de Dezembro de 1989 relativa à aproximação das legislações dos Estados-membros respeitantes aos equipamentos de proteção individual, Jornal Oficial das Comunidades Europeias, [em linha] nº 399/18, 30/12/89. [consultado a 10/10/21014]. Disponível em [http://www.segurancaonline.com/fotos/gca/directiva89\\_686\\_ce\\_1307614091.pdf](http://www.segurancaonline.com/fotos/gca/directiva89_686_ce_1307614091.pdf);
- Ducl G et al. Prevention of hospital-acquired infections. A practical guide. WHO 2002;

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Bibliografia

- ECDC Annual Epidemiological Report 2008 and Monnet DL, ECDC (preliminary estimate);
- MARTINS, M. – *Manual de Infecção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controle*. 2ª Edição. Rio de Janeiro. MEDSI Editora Médica e Científica Ltda. Rio de Janeiro, 2001, ISBN 85-7199-256-8;
- DIREÇÃO GERAL SAÚDE - Norma nº013/2014. Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde, 25/08/2014;
- PINA, E. [et al.] – *Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente*. [Em linha]. Revista portuguesa de saúde pública. Lisboa. ISSN 1518-1944. Vol.10 (2010), p. 27-39 [Consultado em 17/03/2014];
- PORTUGAL. Direção Geral de Saúde - *Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa, março, 2007;
- PRATT, R. J. et al. The epic project: Developing National Evidence – based Guidelines for Preventing Healthcare associated Infections. Journal of Hospital Infection, 2001, 47 (Supplement);

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Bibliografia

- SIEGEL, JD., RHINEHART E., JACKSON M. & Chiarello L.(2007) *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. Disponível em <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>;
- SOUZA, A. [et al] – Uso dos equipamentos de proteção individual em unidade de terapia intensiva. [em linha]. Revista de Enfermagem Referência. III Série, nº4 (Jul.2011). p.125-133. [Consultado a 29 junho 2014]; Disponível em [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832011000200013](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200013) ;
- Procedimento sobre Higienização das Mãos CIF. 14;
- Procedimento sobre Precauções de Isolamento CIF. 06;

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Bibliografia

### Imagens

- <http://www.ebah.com.br/content/ABAAABKMwAl/controle-infeccao-hospitalar>
- [http://victormarcelofrpassos.blogspot.pt/2010\\_08\\_01\\_archive.html](http://victormarcelofrpassos.blogspot.pt/2010_08_01_archive.html)
- <http://www.gospel10.com/artigos/artigo-a-biblia-proibe-o-uso-de-joias-e-adornos-sera-1175>
- <http://www.suprimax.com/descartaveis/luvas-toucas-mascaras.html>
- <https://cfcarehospitalar.com.br/produtos/mascara-cirurgica-tripla-com-tiras-sky>
- [http://www.vivermelhor.pt/produto\\_detalle?categoria=4&subcategoria=4.2&sub\\_categoria=4.2.2&id=72046](http://www.vivermelhor.pt/produto_detalle?categoria=4&subcategoria=4.2&sub_categoria=4.2.2&id=72046)
- <http://www.skpro.pt/pt/product/aventais-plastico>
- [http://acquiabigene.com/loja/product\\_info.php/products\\_id/842](http://acquiabigene.com/loja/product_info.php/products_id/842)
- <http://nrfacil.com.br/blog/?cat=40&paged=2>
- <http://www.sindhosp.com.br/noticias/3793/Hospital-Santa-Joana-investe-em-unidade-clinico-cirurgica>
- Filme
- [https://www.youtube.com/watch?v=0at\\_jtzJCDM](https://www.youtube.com/watch?v=0at_jtzJCDM)

Otimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto





## **Apêndice 14: Diapositivos de suporte Ação Formação Equipa**

### **AO**



## Otimização de Práticas na Prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

Serviço Cirurgia Geral

Formação em Serviço

ESTUDANTE: M<sup>o</sup> João Nunes

ORIENTADOR: Enf<sup>a</sup>   
Prof<sup>a</sup> Mariana Pereira

ENFERMEIRA CHEFE:

SETÚBAL, 25 E 26 NOVEMBRO 2014

Centro Hospitalar



## Objetivo Geral

- Nortear a equipa de Assistentes Operacionais (AO) na prestação de cuidados seguros à pessoa em isolamento, de acordo com a via de transmissão - contacto.

## Objetivos Específicos

- Compreender o impacto das IACS;
- Sensibilizar a equipa AO para a importância do uso de EPI nos cuidados de saúde;
- Demonstrar como se coloca e remove os distintos EPI;
- Precauções básicas na limpeza do ambiente de prestação de cuidados.

## Diagnóstico de Situação

### Problema identificado:

- Necessidade de uniformização de procedimentos sobre Precauções de isolamento em vigor no CHS – HSB.

## Ferramenta de Diagnóstico

- Grelha de observação
- 32 observações (16 equipa de enfermagem; 16 equipa de AO).

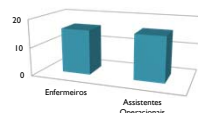


Gráfico I – Distribuição por Categoria Profissional

## Análise Resultados Observações

- Higienização das mãos – antes do contacto com o doente.
- Higienização das mãos – antes do contacto com o doente.



Gráfico IV – Distribuição de AO quanto à higienização das mãos



Gráfico XI – Distribuição de AO que higieniza as mãos após contactar com o doentes ou a sua unidade

- EPI – remove máscara

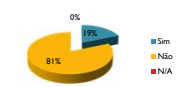


Gráfico XIV – Distribuição de AO que remove luvas imediatamente após o procedimento

- EPI – remove luvas imediatamente após o procedimento

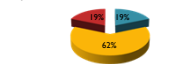


Gráfico XVIII – Distribuição de AO que remove máscara no final do procedimento

## Definição Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS)

- Infecção adquirida pela pessoa no decorrer da prestação de cuidados, a qual não estava presente ou em incubação no momento de admissão.
- Estão incluídas as infeções adquiridas no hospital e que se manifestam após a alta, tal como, as infeções que afetam os profissionais no decorrer da prestação de cuidados.

DGS, 2007

Ducel G et al. Prevention of hospital-acquired infections. A practical guide. WHO 2002



## O aumento de IACS a nível mundial

- 4 milhões de pessoas por ano tem uma IACS;
- 16 milhões de dias extra de internamento;
- 37000 mortes /ano;
- Impacto económico anual estimado: 5,5 biliões de euros.

Fonte: ECDC Annual Epidemiological Report 2008 and Monnet DL, ECDC (preliminary estimate)



## Consequências das IACS

- Agravamento do estado de saúde;
- Prolongamento do internamento;
- Causa importante de morbilidade/mortalidade;
- Custos económicos adicionais elevados (fármacos, exames complementares de diagnóstico, necessidade de isolamento,...).

OMS, cit. DIAS, 2007

## Taxas infeção CHS

- Prevalência de doentes com IACS de 13,6%;
- SCG, num total de 37 doentes estudados 6 apresentavam IACS, aferindo-se uma prevalência de 16,2% de doentes com IACS.

Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção, HSB, 2012

- 71,4% MRSA (*Staphylococcus aureus* resistente à meticilina)

Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção, HSB, 2012

## Cadeia epidemiológica de transmissão de microrganismos



## Cadeia epidemiológica de transmissão de microrganismos



- Identificação do microrganismos;
- Tratamento adequado.

## Cadeia epidemiológica de transmissão de microrganismos

- Boas condições de saúde e higiene pessoal;
- Limpeza ambiental, desinfeção, esterilização, preparação e administração adequada de medicamentos.



## Cadeia epidemiológica de transmissão de microrganismos

- Uso adequado EPI;
- Descarte de resíduos;
- Contenção de secreções e excreções.



## Cadeia epidemiológica de transmissão de microrganismos

- Higiene das mãos;
- Precauções específicas.



## Cadeia epidemiológica de transmissão de microrganismos

- Higiene das mãos, técnicas assépticas, cuidados com feridas, cuidados com dispositivos invasivos.



## Cadeia epidemiológica de transmissão de microrganismos



- Tratamento das doenças de base;
- Reconhecer os doentes de risco.

## Via de transmissão de microrganismos

- Contacto direto;
- Contacto indireto;
- Gotículas;
- Via aérea.



## Via de transmissão de microrganismos

Vias de transmissão	Reservatório/ Fonte	Dinâmica da Transmissão	Microrganismos
<b>Contacto direto</b>	Doentes Profissionais de saúde	Pessoa a pessoa durante a prestação dos cuidados ex: transmissão por aperto de mão, palpação abdominal, cuidados de higiene	<i>Staphylococcus aureus</i> , Bacilos Gram negativos, Virus respiratórios
<b>Contacto indireto</b>	Instrumentos e equipamento de uso clínico	A transmissão ocorre passivamente através de um objecto intermediário (normalmente inanimado); ex. transmissão por não mudar luvas entre doentes, partilha de estetoscópio...	<i>Salmonella</i> spp, <i>Pseudomonas</i> , <i>Acinetobacter</i> <i>S. maltophilia</i>

Adaptado dos Centers for Disease Control and Prevention

## Prevenção

- Impõem-se, no decorrer da prestação de cuidados à pessoa, a implementação de ações que permitam a prevenção da transmissão cruzada de microrganismos – Precauções Básicas e Isolamento.

Pina et al., 2010

- A Equipa de AO pode contribuir para a redução dos índices de infeção hospitalar, através da adoção de medidas de precaução.

Sousa et al., 2011

## Prevenção

### Precauções Básicas

- Medidas aplicadas a todos os doentes em todas as unidades de saúde, independentemente se há suspeita ou confirmação da infeção.

### Precauções Específicas

- Usadas em doentes com infeção ou colonização conhecida ou suspeita por agentes infecciosos que não podem ser contidos somente com o uso de precauções básicas.
- Dependem das vias de transmissão.

## Isolamento

- “Segregação de pessoas ou animais infectados durante o período de transmissibilidade da doença, em lugar e condições que evitem a transmissão do agente infeccioso aos susceptíveis.”

Martins, 2001:22

## Isolamento de contacto

- Visa a diminuição do risco da transmissão de microrganismos através do contacto direto ou indireto.

Carmagnani, 2000; Siegel et al, 2007

## I. Colocação dos doentes

- Local que minimize o risco;
- Evitar deslocações desnecessárias.



Google 5

## 2. Higienização das Mãos

- Unhas curtas e limpas (sem extensões e sem verniz);
- Retirar adornos;
- Proteger cortes e abrasões;
- Não usar fardamento com mangas compridas.



Google®

Fonte: Procedimento CIF 14 CHS

## 2. Higienização das Mãos

- Transmissão de microrganismos através das mãos

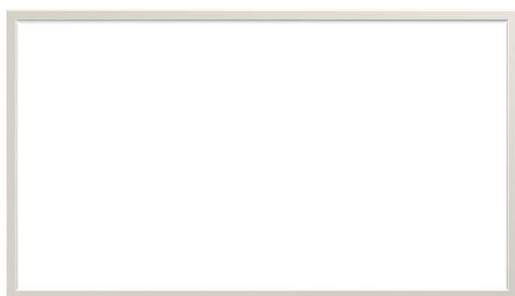
### Ambiente de prestação de cuidados



- Doente
- Profissional
- Procedimento / Tratamento

Procedimento CIF 14 CHS

## 2. Higienização das Mãos

Fonte: [https://www.youtube.com/watch?v=Da\\_gqjCDE](https://www.youtube.com/watch?v=Da_gqjCDE)

## 2. Higienização das Mãos

- Efetuada no local de prestação de cuidados;
- Realizada em 5 momentos essenciais;
- Preferir a fricção com SABA (acessível no local, rapidez, melhor tolerada);
- Recorrer a água e sabão quando mãos visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica;
- Técnica adequada e duração indicada.

Procedimento CIF 14 CHS

## 2. Higienização das Mãos



## 3. Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)

- "(...) dispositivo (...) que se destina a ser utilizado por um indivíduo com vista à sua proteção contra um ou mais riscos suscetíveis de ameaçar a sua saúde, bem como a sua segurança."

Diretiva89/686/CEE

### 3. Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)

- A seleção dos EPI a usar em cada momento da prestação de cuidados deverá ser baseada em função do contacto previsto:
  - I. Avaliar o risco de transmissão cruzada de microrganismos;
  - II. Risco de contaminação do fardamento, pele e mucosas do profissional de saúde com sangue, líquidos orgânicos, secreções/excreções do doente.

Pratt, 2001

### 3. Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)

- A Instituição fornece os EPI em qualidade e quantidade suficientes aos procedimentos.



- É da responsabilidade do profissional a sua correta escolha e uso.

#### 3.1. Luvas

- Adequadas ao utilizador e ao procedimento a que se destinam;
- Remover **imediatamente após o uso** no doente/ou após o procedimento;
- Após o uso / entre a troca de luvas deve higienizar sempre as mãos;
- As luvas devem calçar-se à entrada do quarto ou área de isolamento e **retiradas antes de sair** do quarto.



Google®

Norma DGS, nº013/2014 de 25/08/2014

#### 3.2. Máscaras e Proteção de Olhos e Face

- Usados quando se verifica risco de projeção de salpicos de fluidos orgânicos para a face;
- Durante procedimentos geradores de aerossóis (ex.: intubações);
- Óculos pessoais não conferem proteção ocular adequada.

Procedimento CIF 06 CHS

#### 3.2. Máscaras

- Ajustada à face, cobrindo totalmente boca e nariz;
- **Removida** e substituída no **final do procedimento** e quando a integridade estiver comprometida (acumulação de humidade ou contaminação).



Google®



Google®

Procedimento CIF 06 CHS

#### 3.3. Avental de plástico

- Utilizar quando se prevê contacto direto com o doente;
- Proteção da farda quando se verifica provável contaminação;
- Substituída no final do procedimento (cuidados de higiene).



Google®

Procedimento CIF 06 CHS



### 3.4. Bata

- Utilizar quando se prevê o risco acrescido de salpicos de sangue ou fluidos corporais;
- Substituída no final do procedimento;
- **Retirar** a bata **antes de sair** do quarto (assegurar-se que a roupa não contacta com superfícies potencialmente contaminadas).



Procedimento CIF 06 CHS

### Colocação EPI

#### 1º Bata:

- Selecionar a bata apropriada;
- Abrir pela parte posterior;
- Vista apertando os atilhos atrás;
- Se a bata for pequena, pode vestir duas:  
1ª bata ata à frente;  
2ª bata ata atrás.



OMS, 2004

### Colocação EPI

#### 2º Máscara:

- Colocar a máscara sobre o nariz, boca e queixo;
- Ajuste a parte superior ao nariz;
- Segure à cabeça com os atilhos ou elásticos;
- Ajuste bem.



OMS, 2004

### Colocação EPI

#### 3º Proteção ocular/facial:

- Posicionar os óculos sobre os olhos e segura-los nas orelhas ou usar atilhos;
- Posicione a proteção facial sobre a face e segure-a com os atilhos;
- Ajuste.



OMS, 2004

### Colocação EPI

#### 4º Luvas:

- Calçar as luvas no final;
- Selecione o tipo e o tamanho de luvas mais adequado;
- Insira as mãos nas luvas;
- Puxe as luvas até prender o punho da bata.



OMS, 2004

### Remoção EPI

#### 1º Luvas:

- Pegue no bordo da luva, junto ao punho;
- Retire da mão, virando de dentro para fora;
- Segure com a mão oposta.
- Meta o dedo da mão sem luva por debaixo da outra luva e remova-a;
- Vire a luva do avesso criando uma bolsa para ambas;
- Elimine as luvas.



OMS, 2004

## Remoção EPI

### 2º Proteção ocular/facial:

- Retirar os óculos e proteção facial – sem luvas,
- Afastar da face;
- Colocar em local apropriado para eliminar.



OMS, 2004

## Remoção EPI

### 3º Bata:

- Desaperte os atilhos;
- Puxe a bata pelos ombros
- Vira-la do avesso;
- Enrola-la;
- Eliminar.



OMS, 2004

## Remoção EPI

### 4º Máscara:

- Desaperte o atilho de baixo, depois o de cima;
- Retire da face;
- Eliminar.



OMS, 2004

## Após Remoção EPI

Proceder **sempre** à higienização das mãos

## 4. Resíduos

- Os resíduos produzidos no quarto de isolamento deverão ser colocados nos dispositivos de recolha junto ao doente (contenção na fonte).



RESÍDUOS HOSPITALARES DE RISCO BIOLÓGICO –  
Grupo III

## 4. Resíduos

### Resíduos Não perigosos

- Grupo I
- Grupo II



### Resíduos Perigosos

- Grupo III
- Grupo IV



Política de Gestão de Resíduos – GRE  
Procedimento para eliminação de resíduos em segurança – GRE.02

## 4. Resíduos

- Importa criar hábitos e rotinas que visem o comportamento proativo do profissional.



- Preocupação contínua e
- Consciência cívica.

Política de Gestão de Resíduos – GRE

## 5. Controlo Ambiental

- O ambiente de prestação de cuidados deve ser seguro para a prática de cuidados, o que inclui a **limpeza** e a **manutenção ambiental**.
- O profissional deve ter conhecimento da metodologia de limpeza (horários e frequência).



### Responsabilidades específicas do Profissional

Procedimento para Manutenção de Material de Limpeza – CIF.09  
Procedimento para Limpeza de Áreas de Doentes e de pessoal – CIF.17

## 5. Controlo Ambiental

- O ambiente de prestação de cuidados representa a área com maior risco de transmissão de infeção.



### Área Crítica

Ambiente de prestação de cuidados



Procedimento para Manutenção de Material de Limpeza – CIF.09  
Procedimento para Limpeza de Áreas de Doentes e de pessoal – CIF.17

## 5. Controlo Ambiental

- O ambiente de prestação de cuidados livre de objetos e equipamentos desnecessários;
- Limpo, seco e em bom estado de conservação;
- Ser limpo **regularmente**.

Ambiente de prestação de cuidados



Procedimento para Manutenção de Material de Limpeza – CIF.09  
Procedimento para Limpeza de Áreas de Doentes e de pessoal – CIF.17

## 5. Controlo Ambiental

Para proceder à limpeza da área de isolamento colocar o EPI necessário:

- Avental descartável;
- Bata (sob o avental) – sempre que se preveja a contaminação do vestuário;
- Luvas de uso único.

No final da limpeza o EPI utilizado é eliminado em saco branco (resíduos do grupo III)



Procedimento para Limpeza de Áreas Infetadas ou de Isolamento – CIF.16  
Procedimento para Limpeza de Áreas de Doentes e de pessoal – CIF.17

## 5. Controlo Ambiental

- Limpeza com água e detergente;



- Remove a maior parte dos microrganismos e outra matéria orgânica;

Ambiente de prestação de cuidados



Procedimento para Manutenção de Material de Limpeza – CIF.09  
Procedimento para Limpeza de Áreas de Doentes e de pessoal – CIF.17


- **Todas as superfícies limpas devem ficar bem secas.**

5. Controlo Ambiental

- Limpeza com papel mecha embebido em desinfetante (TFD 9 – 10 Vapo);
- O papel deve ser desperdiçado na passagem de uma estrutura para outra;
- Limpeza das zonas mais altas para as mais baixas;
- Limpeza das zonas mais limpas para as mais sujas.

**Não esquecer**

- Interruptores;
- Comandos;
- Campainhas.



Optimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

5. Controlo Ambiental

Arrastadeiras / Urinóis

- Uso individualizado;
- Lavados, preferencialmente, em máquina com ciclo de desinfecção térmica;
- Limpeza com água e detergente seguida de desinfecção com diluição de lixívia (1,25 ml lixívia + 100 ml água)



Optimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

6. Manuseamento Seguro da Roupa

- Roupa limpa armazenada em local apropriado;
- O carro de distribuição deverá ser constituído **apenas** aquando da sua utilização;
- Deverá ser desmontado após o seu uso;
- Carro higienizado com água e detergente após utilização.

**Não existem carros intermédios com roupa armazenada**



Procedimento para Controlo de Infecções no Circuito da Rouparia – CIF:16

Optimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

6. Manuseamento Seguro da Roupa

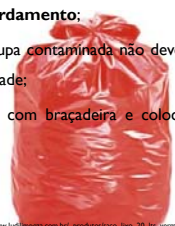


Proceder **sempre** à higienização das mãos **antes** de manipular roupa limpa

Optimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

6. Manuseamento Seguro da Roupa

- A roupa **suja** deve ser considerada **contaminada**;
- Deve ser manuseada com **cuidado** de forma a **não contaminar o ambiente e o fardamento**;
- Os sacos com roupa contaminada não devem ser cheios a mais de 2/3 da sua capacidade;
- Sacos encerrados com braçadeira e colocados imediatamente no local destinado.



Procedimento para Controlo de Infecções no Circuito da Rouparia – CIF:16

Optimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

6. Manuseamento Seguro da Roupa



Proceder **sempre** à higienização das mãos **depois** de manipular roupa contaminada

Optimização de Práticas na prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto

## Validação Conteúdos

### Classifique as afirmações como Verdadeiro ou Falso

Entende-se por isolamento de contacto o estabelecimento de barreiras físicas de modo a reduzir a transmissão de microrganismos de um indivíduo para outro.

V

Os resíduos produzidos no quarto de isolamento deverão ser colocados nos dispositivos de recolha junto ao doente (contenção na fonte) em saco vermelho.

F

## Validação Conteúdos

### Classifique as afirmações como Verdadeiro ou Falso

A principal medida de isolamento é a lavagem e/ou desinfecção das mãos.

V

O EPI disponível, como exemplo o avental, luvas, bata, deve ser usado criteriosamente para evitar falsas seguranças e custos desnecessários.

V

## Validação Conteúdos

### Classifique as afirmações como Verdadeiro ou Falso

Arrastadeiras / urinóis lavados, preferencialmente, em máquina com ciclo de desinfecção térmica.

V

O carro de distribuição deverá manter-se sempre constituído.

F

O uso de unhas artificiais, unhas compridas e com verniz, anéis e outros acessórios de pulso tornam menos eficaz a higiene das mãos, no que respeita ao controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde.

V



## Bibliografia

- Programa Nacional de Controlo de Infeção – PREVENÇÃO DE INFEÇÕES ADQUIRIDAS NO HOSPITAL, 2002, Lisboa, pág. 51.52;
- Programa Nacional de Controlo de Infeção – HIGIENIZAÇÃO DO AMBIENTE NAS UNIDADES DE SAÚDE – RECOMENDAÇÕES DE BOAS PRÁTICAS, 2006, Lisboa, 12 pág.;
- Programa Nacional de Controlo de Infeção – RECOMENDAÇÕES PARA CONTROLO DO AMBIENTE – PRINCÍPIOS BÁSICOS, 2006, Lisboa, 36 pág.;
- Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde, Normas para a acreditação, 3ª Edição, Versão 01, 2010; critério 13.22. 31.8, 31.9, 31.10.;
- MANUAL DE LIMPEZA DE SUPERFÍCIES – Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., Comissão Controlo de Infeção, Janeiro, 2007;
- MANUAL DE RECOMENDAÇÕES DE BOAS PRÁTICAS NO CONTROLO DA INFEÇÃO NOSOCOMIAL – Hospital de São Bernardo S.A., Comissão de Controlo de Infeção, Setúbal, 2003;

## Bibliografia

- CARMAGNANI, M.I. (2000). *Segurança e Controlo de Infeção*. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso Editores;
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infection Agents in Healthcare Setting, [Em linha] 2007;
- CENTRO HOSPITALAR DE Setúbal – Relatório Inquérito de Prevalência de Infeção, (2012). Comissão de Controlo de Infeção, Janeiro, 2013;
- CONSELHO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS - Directiva 89/686/CEE do Conselho de 21 de Dezembro de 1989 relativa à aproximação das legislações dos Estados-membros respeitantes aos equipamentos de proteção individual, Jornal Oficial das Comunidades Europeias, [em linha] n° 399/18, 30/12/89. [consultado a 10/10/2014]. Disponível em [http://www.segurancaonline.com/fotos/gca/directiva89\\_686\\_ce\\_1307614091.pdf](http://www.segurancaonline.com/fotos/gca/directiva89_686_ce_1307614091.pdf);
- Ducl G et al. Prevention of hospital-acquired infections. A practical guide. WHO 2002;

## Bibliografia

- ECDC Annual Epidemiological Report 2008 and Monnet DL, ECDC (preliminary estimate);
- MARTINS, M. – *Manual de Infecção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controlo*. 2ª Edição. Rio de Janeiro. MEDSI Editora Médica e Científica Ltda. Rio de Janeiro, 2001, ISBN 85-7199-256-8;
- DIREÇÃO GERAL SAÚDE - Norma nº013/2014. Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde, 25/08/2014;
- PINA, E. [et al.] – *Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente*. [Em linha]. Revista portuguesa de saúde pública. Lisboa. ISSN 1518-1944. Vol.10 (2010), p. 27-39 [Consultado em 17/03/2014];
- PORTUGAL. Direção Geral de Saúde - *Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa, março, 2007;
- PRATT, R. J. et al. The epic project: Developing National Evidence – based Guidelines for Preventing Healthcare associated Infections. *Journal of Hospital Infection*, 2001, 47 (Supplement);

## Bibliografia

- SIEGEL, JD., RHINEHART E., JACKSON M. & Chiarello L.(2007) *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. Disponível em <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>;
- SOUZA, A. [et al] – Uso dos equipamentos de proteção individual em unidade de terapia intensiva. [em linha]. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, nº4 (Jul.2011), p.125-133. [Consultado a 29 junho 2014]; Disponível em [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832011000200013](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200013) ;
- Filme: [https://www.youtube.com/watch?v=0at\\_itxjCDM](https://www.youtube.com/watch?v=0at_itxjCDM)

**Apêndice 15: Relatório Avaliação Ação Formação Equipa  
Enfermagem**







## **Relatório de Avaliação Ação Formação Enfermeiros**

**Elaborado Por:**

**Maria João Gonçalves Nunes**

*Estudante do 3º Curso de Mestrado em enfermagem Médico-Cirúrgica*

**Orientadora: Enf.<sup>a</sup> M.C.**

**Professora: Mariana Pereira**

SETÚBAL  
Outubro/Novembro 2014



## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 – Distribuição respostas corretas/erradas.....	17-18
---	-------



## Índice de Gráficos

Gráfico I – Enfermeiros do Serviço.....	13
Gráfico II – Distribuição respostas corretas/erradas.....	18
Gráfico III – Programa da Ação: Objetivos da Ação.....	19
Gráfico IV – Programa da Ação: Conteúdos da Ação.....	19
Gráfico V – Programa da Ação: Estrutura.....	20
Gráfico VI – Programa da Ação: Utilidade do tema .....	20
Gráfico VII – Programa da Ação: Cumprimento do horário.....	20
Gráfico VIII – Funcionamento da Ação: Instalações.....	21
Gráfico IX – Funcionamento da Ação: Equipamentos e Meios Audiovisuais.....	21
Gráfico X – Funcionamento da Ação: Documentação.....	22
Gráfico XI –Respostas à questão "de que forma a sessão terá impacto positivo no seu desempenho?.....	22
Gráfico XII – Apreciação Global da Ação: Na globalidade, de que forma qualifica a formação realizada?.....	23
Gráfico XIII – Apreciação Global da Ação: Pontos Fortes.....	23
Gráfico XIV – Intervenção Formador: Domínio dos temas e conteúdos abordados.....	24
Gráfico XV – Intervenção Formador: Clareza da linguagem utilizada.....	24
Gráfico XVI – Intervenção Formador: Capacidade para esclarecimento de dúvidas.....	25
Gráfico XVII – Intervenção Formador: Capacidade motivação/relacionamento com os formandos.....	25
Gráfico XVIII – Intervenção do Formador: Utilização de meios didáticos (Powerpoint, vídeos, filmes.....)	26
Gráfico XIX – Intervenção do Formador: Cumprimento de horários.....	26



## Índice

Introdução.....	9
1–Objetivos da Sessão de Formação.....	11
1.1– Objetivo Geral.....	11
1.2– Objetivos Específicos.....	11
2-Planificação da Ação Formação.....	13
2.1– População Alvo.....	13
2.2– Localização.....	13
2.3– Duração da sessão.....	14
3 - Conteúdos.....	15
4-Avaliação da Sessão de Formação.....	17
5 – Conclusão.....	27
Apêndices	273
Apêndice 1 – Ficha de validação de conteúdos.....	31
Apêndice 2 – Ficha de validação de conteúdos – correção.....	37
Anexos.....	39
Anexo 1 – Ficha de Avaliação pelo Formando.....	41





## Introdução

Com o intuito de dar resposta ao problema definido no diagnóstico de situação, elaborado no estágio I e II, o qual se realizou num serviço de Cirurgia Geral de um Hospital da Margem Sul, no período compreendido entre 10 de março de 2014 a 10 de julho de 2014, refletindo nas práticas na prestação de cuidados à pessoa em isolamento de contacto, procedemos à calendarização e marcação da ação de formação sobre procedimentos relativos às Precauções de Isolamento.

Fahey *et al.*, (1991) citado por Wilson (2003) defendem “*A adopção de padrões de rotina de controlo de infeção depende de uma formação e treino regulares e apropriados que garantam que todos os profissionais de saúde compreendam os procedimentos e saibam quais os padrões de cuidados que se espera deles*”.<sup>2</sup> Assim treinar a Equipa de Enfermagem nos procedimentos relativos às Precauções de Isolamento – é conhecida a importância do treino e o necessário fornecimento de equipamento adequado às práticas seguras.

A realização da formação ocorreu em seis sessões de duração de 45 minutos cada, a qual procurou abranger o maior número possível de profissionais desta categoria profissional pelo que foi realizada em três dias, com duas sessões por dia.

As sessões realizadas à equipa de Enfermagem foram, primeiramente, de carácter expositivo, com o objetivo que a equipa reconhecesse que poderá melhorar futuramente atendendo ao que está preconizado visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, e num segundo tempo uma vertente prática.

Para o tratamento de dados utilizámos o método quantitativo, recorrendo ao programa Excel.

---

<sup>2</sup>WILSON, Jennie - *Controlo de Infeção na Prática Clínica*. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 978-972-8383-57-2;



## **1 – Objetivos da Sessão de Formação**

Procedemos à elaboração do Plano de Ação de Formação, e como ponto de partida delineámos os objetivos da ação de formação.

### **1.1 – Objetivo Geral**

Definimos como objetivo geral *Nortear a equipa de Enfermagem na prestação de cuidados seguros de acordo com a via de transmissão – contacto.*

### **1.2 – Objetivos Específicos**

Concretamente descrevemos como objetivos específicos:

*Divulgar PIS;*

*Compreender o impacto das IACS;*

*Sensibilizar os Assistentes Operacionais para a conveniência do uso de EPI nos cuidados de saúde;*

*Demonstrar como se coloca e remove os distintos EPI.*



## 2 – Planificação da Ação Formação

Impõe-se conhecer o grupo de formandos a quem se dirigiu a ação de formação.

### 2.1 – População Alvo

A Equipa de Enfermagem do Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital da Margem Sul foi a destinatária das ações de formação planeadas.

Com as seis sessões de formação, formámos 92,7% da equipa de Enfermagem.

Importa referir que, nos dias das sessões, encontravam-se em funções 42 elementos, num total de 48 Enfermeiros do Serviço, sendo que os restantes se encontravam ausentes, em situação de atestado ou férias. A referir que a promotora do projeto não é contabilizada, pelo que se contabilizam 41 elementos ativos (Gráfico I – Enfermeiros do Serviço).

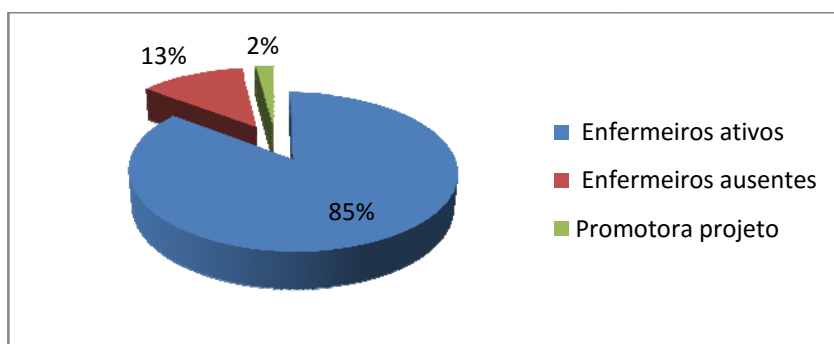


Gráfico I – Enfermeiros do Serviço

A referir que destes foram escalados em horário 32 enfermeiros e 6 elementos vieram fora do horário de trabalho (mencionamos que a formação foi contabilizada para banco de horas, tendo sido efetuado o registo biométrico de presença). Participaram ainda 4 estudantes de enfermagem do curso de licenciatura (encontravam-se a realizar estágio no serviço). No conjunto, efetuámos formação a 42 elementos: 38 enfermeiros e 4 estudantes de enfermagem. Da equipa de enfermagem, apenas não foram abrangidos pela formação 3 dos elementos ativos, aos quais foi posteriormente apresentado o projeto e os conteúdos abordados na formação.

### 2.2 – Localização

A formação ocorreu na sala de sessões do Serviço de Cirurgia Geral, na qual se colocou uma tela de projeção e os restantes meios áudio visuais necessários (computador portátil e projetor).

### **2.3 – Duração da sessão**

As sessões ocorreram nos dias 27, 30 de Outubro e 3 de Novembro de 2014, no período das 9h às 12h e das 13h às 16h, com a duração de 45 minutos cada uma. O horário definido. Atendendo que o projeto de intervenção em serviço coincide com a implementação de outros dois projetos, também em âmbito académico, optámos por realizar as sessões de formação em simultâneo, com a finalidade de permitir aos elementos da equipa de enfermagem a participação em todas. A referir que as sessões de formação foram contabilizadas como formação em serviço, sendo o tempo contabilizado para o banco de horas (foi realizado o registo biométrico de presença).

### **3– Conteúdos**

Através do método expositivo, contextualizámos a ação de formação, apresentámos o tema e a metodologia de trabalho e como ponto fulcral difundimos os resultados das observações (realizadas no período de junho 2014), possibilitando assim uma reflexão sobre as práticas exercidas.

Procedemos a uma breve abordagem às IACS, apresentando dados concretos do Serviço de Cirurgia Geral. Deu-se um maior enfoque à cadeia epidemiológica de microrganismos, de forma explícita e simplificada, promovendo a reflexão da importância do papel que estes profissionais ocupam na equipa multidisciplinar e sobre a sua prestação de cuidados. De seguida procedemos ao enquadramento do controlo de infeção durante a prestação de cuidados à pessoa em situação de isolamento de contacto, realçando a técnica correta de colocação e remoção de EPI com uma vertente prática, de treinamento da técnica.





#### 4 - Avaliação da Sessão de Formação

Procedeu-se à avaliação formativa da sessão de formação, recorrendo a uma ficha de validação de conteúdos construída, com dez questões de verdadeiro e falso (apêndice 1). Após a sua correção (Apêndice 3), da totalidade fichas de avaliação recolhidas, auferiu-se a distribuição das respostas corretas/erradas (tabela 1).

		Perguntas									
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Formandos	1	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	2	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	3	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	4	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	5	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	6	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	7	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	8	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	9	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	10	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	11	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	12	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	13	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	14	X	V	V	V	X	V	V	V	V	X
	15	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	16	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	17	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	18	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	19	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	20	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	21	V	V	V	V	X	V	V	V	V	V
	22	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	23	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	24	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	25	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	26	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	27	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	28	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V

		Perguntas cont.									
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Formandos cont.	29	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	30	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	31	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	32	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	33	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	34	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	35	V	V	V	V	X	V	V	V	V	V
	36	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	37	V	V	V	V	V	V	V	V	V	X
	38	V	V	V	V	V	V	V	V	V	X
	39	V	V	V	V	V	V	V	V	V	X
	40	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	41	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	42	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V

Tabela 1 – Distribuição respostas corretas/erradas

Obtivemos 98% de respostas corretas e 2% de respostas erradas, conforme gráfico II.

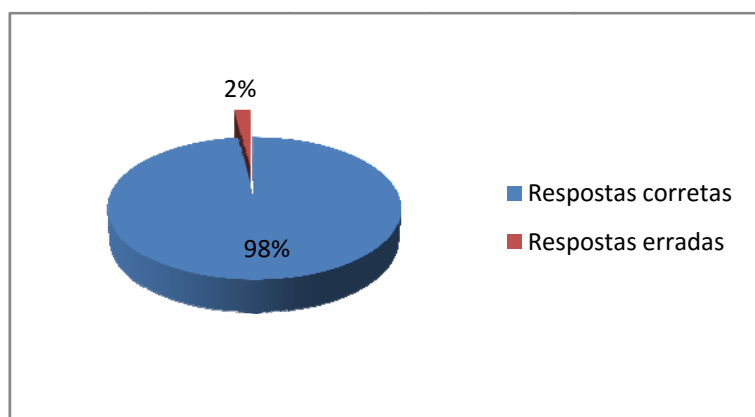


Gráfico II – Distribuição respostas corretas/erradas

No final da sessão foi entregue uma ficha de Avaliação da Sessão, em uso na instituição (anexo 1), tendo sido solicitado que avaliassem o Programa da Ação, o Funcionamento da Ação, a Apreciação Global da Ação e a Intervenção do Formador. Cada parâmetro foi avaliado numa escala de 1 a 4, sendo que 1 corresponde a Insuficiente, 2 a Suficiente, 3 a Bom e 4 a Muito Bom, devendo assinalar com X.

No que respeita ao Programa da Ação, este é constituído por 5 parâmetros: 1. Objetivos da ação, 2. Conteúdos da ação, 3. Estrutura, 4. Utilidade do tema e 5. Cumprimento do horário.

No parâmetro 1 Objetivos da ação, classificaram como Muito Bom 95% dos formandos, classificaram como Bom 5% formandos.

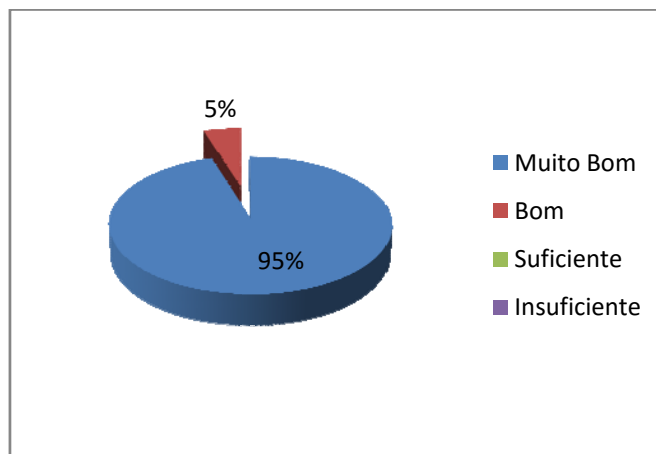


Gráfico III – Programa da Ação: Objetivos da Ação

O parâmetro 2 Conteúdos da ação foram classificados como Muito Bons por 95% dos formandos e como bons pelos restantes 5% formandos.

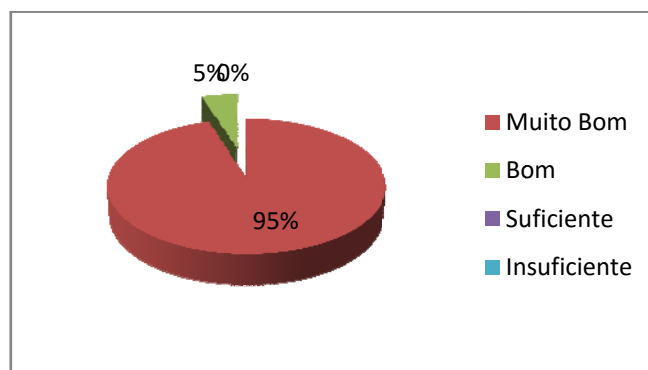


Gráfico IV – Programa da Ação: Conteúdos da Ação

86% dos formandos consideraram a estrutura da ação Muito Bom, enquanto 14% considerou como Bom.

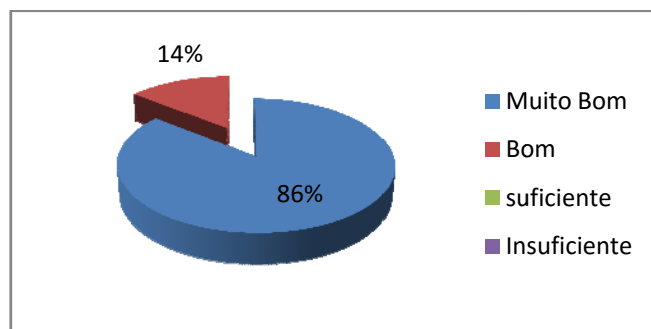


Gráfico V – Programa da Ação: Estrutura

95% dos formandos consideraram a utilidade do tema como Muito Bom, os restantes 5% dos formandos qualificaram como Bom.

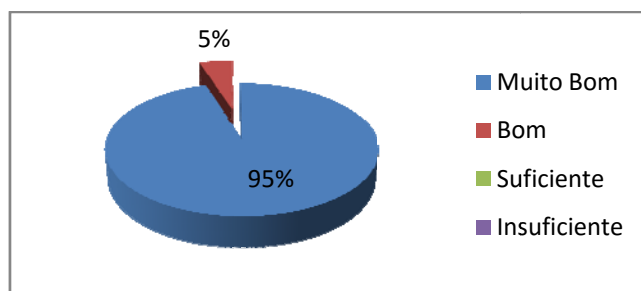


Gráfico VI – Programa da Ação: Utilidade do tema

Relativamente ao parâmetro 5. Cumprimento do horário considerado Muito Bom por 88% dos formandos, como Bom por 10% formandos e 2% consideraram como Suficiente.

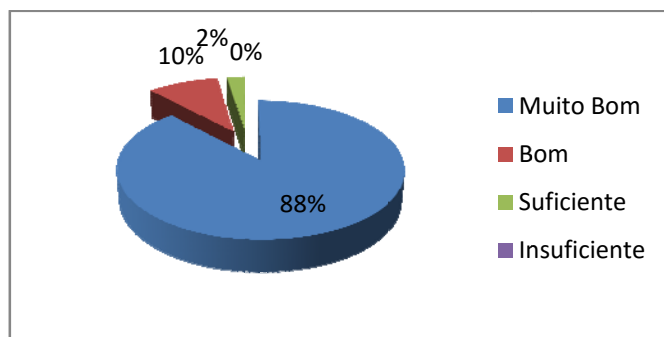


Gráfico VII – Programa da Ação: Cumprimento do horário

Os resultados, relativamente ao Funcionamento da Ação, compreendem a avaliação dos parâmetros 1.Instalações, 2.Equipamentos e Meios Audiovisuais e 3.Documentação. Assim, relativamente ao parâmetro 1. Instalações, as mesmas foram consideradas como Muito Bom por 41% formandos, 33% classificou como Bom, 24% como suficiente enquanto 2% como insuficiente.

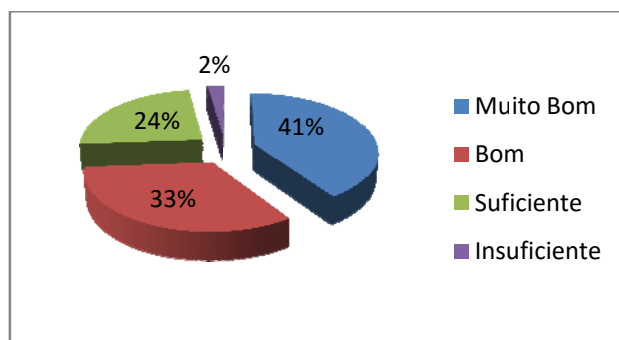


Gráfico VIII – Funcionamento da Ação: Instalações

Importa pois referir que no primeiro dia de sessões, a sala utilizada para a realização das mesmas não foi a habitual sala de formações do Serviço, mas sim uma sala mais pequena (a única disponível nesse dia). Coincidentemente nesse dia estiveram presentes um maior número de formandos, nos restantes dias a formação decorreu na habitual sala de sessões do Serviço, o que poderá, de algum modo, justificar os resultados obtidos.

O ponto 2. Equipamentos e Meios Audiovisuais foi avaliado como Muito Bom por 76% dos formandos, como Bom pelos restantes 24%.

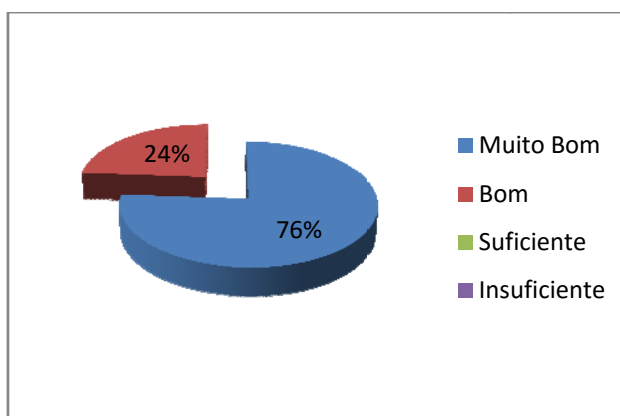


Gráfico IX – Funcionamento da Ação: Equipamentos e Meios Audiovisuais

O ponto 3. Documentação foi avaliado como Muito Bom por 86%, 14% dos formandos consideraram como Bom.

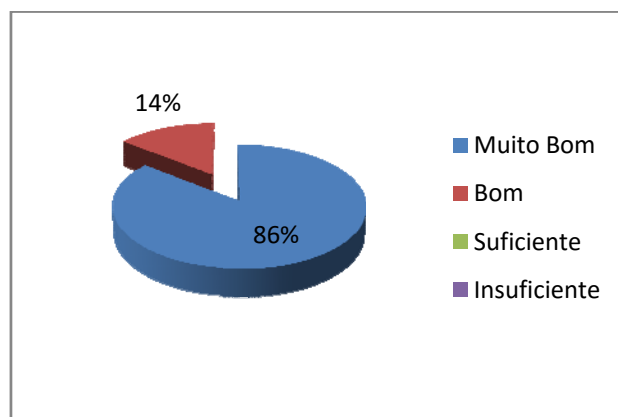


Gráfico X – Funcionamento da Ação: Documentação

Relativamente à Apreciação Global da Ação a totalidade dos formandos (100%) consideraram que a ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho (atendendo à percentagem optamos por não demonstrar o gráfico respetivo).

À pergunta “Se sim, de que forma?” a totalidade dos formandos responderam, sendo as respostas dispares.

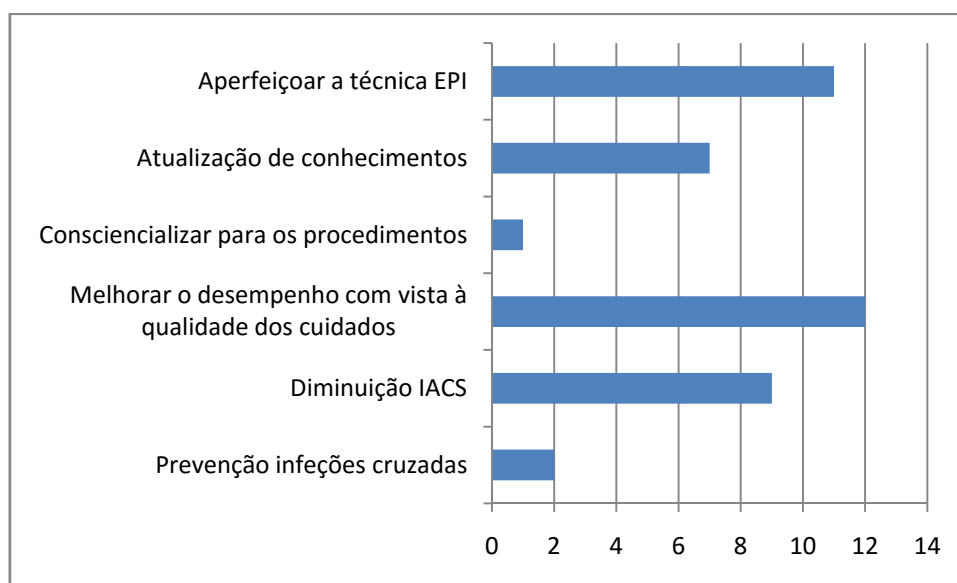


Gráfico XI – Respostas à questão "de que forma a sessão terá impacto positivo no seu desempenho?"

Na globalidade, 95% dos formandos qualificaram a formação realizada como Muito Boa enquanto 5% consideraram-na como Boa.

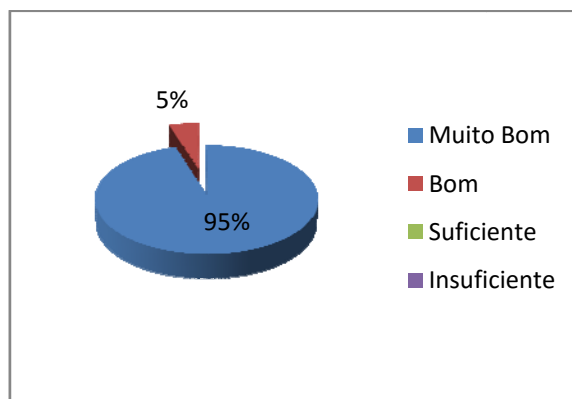


Gráfico XII – Apreciação Global da Ação: Na globalidade, de que forma qualifica a formação realizada?

O campo “Pontos Fortes” foi preenchido por 19 formandos. As suas respostas são evidenciadas no gráfico

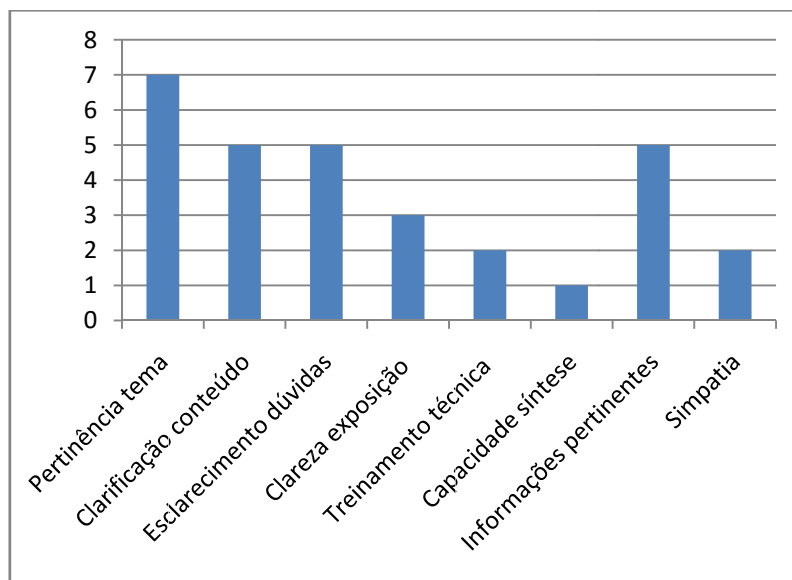


Gráfico XIII – Apreciação Global da Ação: Pontos Fortes

O campo “Oportunidades de Melhoria” não foi preenchido por qualquer formando.

Quanto à Intervenção do Formador foram avaliados 6 parâmetros: 1. Domínio dos temas e conteúdos abordados, 2. Clareza da linguagem utilizada, 3. Capacidade para esclarecimento de dúvidas, 4. Capacidade de motivação/relacionamento com os formandos, 5. Utilização de meios didáticos (Powerpoint, vídeos, filmes,...) e 6. Cumprimento de horários.

Assim o parâmetro 1. Domínio dos temas e conteúdos abordados, 93% dos formandos atribuíram a classificação de Muito Bom.

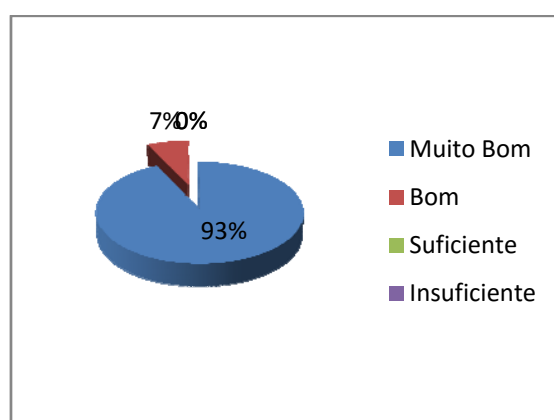


Gráfico XIV – Intervenção Formador: Domínio dos temas e conteúdos abordados

No parâmetro 2. Clareza da linguagem utilizada, 88% formandos atribuíram a classificação de Muito Bom enquanto 12% o classificaram como Bom.

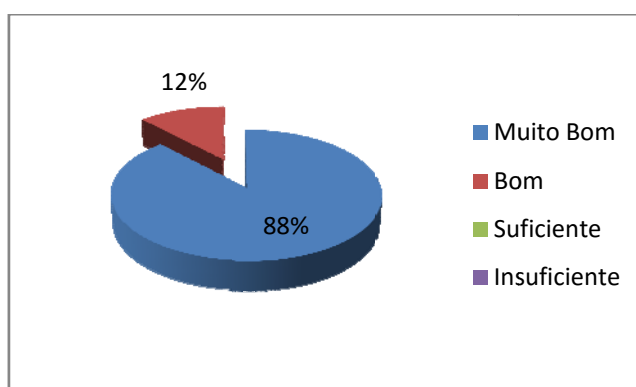


Gráfico XV – Intervenção Formador: Clareza da linguagem utilizada



Relativamente ao parâmetro 3. Capacidade para esclarecimento de dúvidas 100% formandos classificou como Muito Boa.

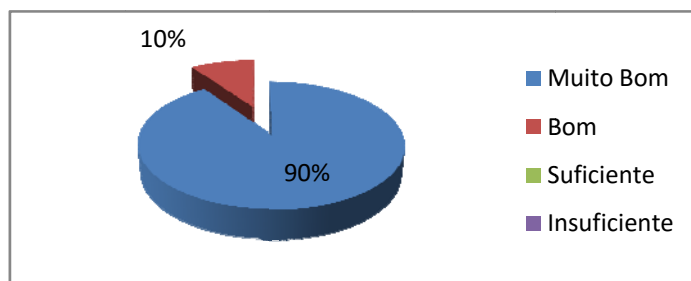


Gráfico XVI – Intervenção Formador: Capacidade para esclarecimento de dúvidas

Ao parâmetro 4. Capacidade de motivação/relacionamento com os formandos, a 86% dos formandos classificou-a como Muito Bom, já 14% consideraram-na como Boa.

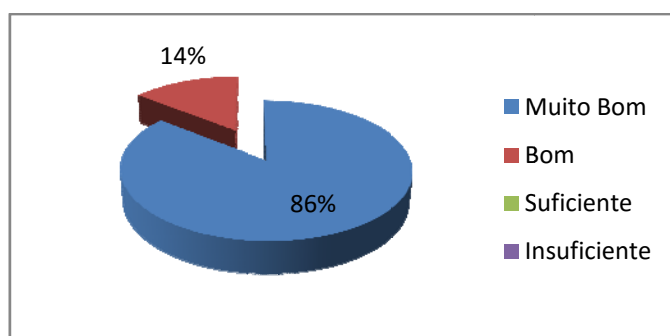


Gráfico XVII – Intervenção Formador: Capacidade motivação/relacionamento com os formandos

Ao parâmetro 5. Utilização de meios didáticos (Powerpoint, vídeos, filmes,...) 93% formandos classificaram como Muito Bom e 7% qualificaram como Bom.

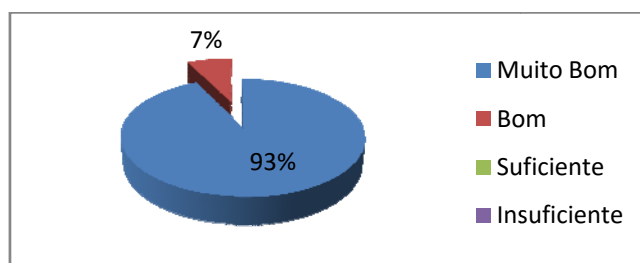


Gráfico XVIII – Intervenção do Formador: Utilização de meios didáticos (Powerpoint, vídeos, filmes,...)

Quanto ao parâmetro 6. Cumprimento de horários 90% dos formandos classificaram como Muito Bom, enquanto os restantes 10% consideram como Bom.

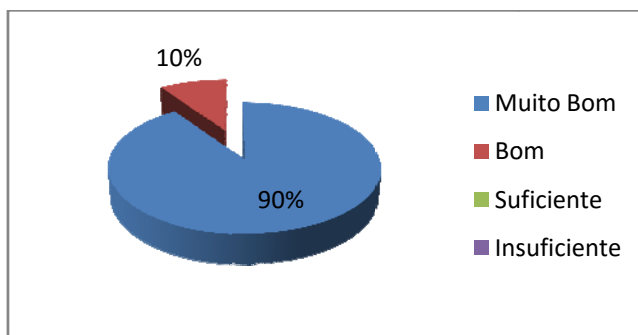


Gráfico XIX – Intervenção do Formador: Cumprimento de horários

De referir que no final da sessão houve lugar ao coffe break o qual permitiu a continuidade da conversa no ambiente informal.

A realçar o facto das fichas de avaliação pelo formando terem sido de preenchimento facultativo e de carácter anónimo se opção, pelo que os resultados alcançados demonstram o impacto da sessão sobre a equipa profissional em causa.

## **5 - Conclusão**

Aquando da prestação de cuidados, a higienização das mãos e o uso devido de equipamento de proteção individual são o método mais eficaz de contrariar a propagação de doenças transmissíveis a todos os que contactam com o doente(sejam profissionais ou visitas/acompanhantes) e entre doentes, mas também a contaminação do ambiente circundante. Por outro lado, a ausência ou deficiente higienização das mãos e o uso incorreto do equipamento de proteção individual contribuirá para o risco acrescido de propagação de microrganismos, contribuindo para o aumento da probabilidade de transmissão cruzada de infeções. A ressaltar que a correta adoção das precauções básicas salvaguarda quer os profissionais de saúde quer a pessoa internada. Deste modo é inquestionável a responsabilidade da equipa e de cada profissional individualmente. O controlo de infeção exige uma reflexão mas permite, ao mesmo tempo, a promoção de boas práticas. Visando a qualidade dos cuidados prestados, a formação surge aqui como um contributo fundamental.

Após a realização da ação formação entendemos ter alcançado os objetivos a que nos propusemos.



## **Apêndices**



## Apêndice 1 – Ficha de validação de conteúdos







### Avaliação da Ação de Formação

<b>Tema</b>	Otimização de Práticas na Prestação de Cuidados à Pessoa em isolamento de Contacto
-------------	--

Classifique as afirmações abaixo expostas como Verdadeiras ou Falsas.

Entende-se por isolamento o estabelecimento de barreiras físicas de modo a reduzir a transmissão de microrganismos de um indivíduo para outro.	
--	--

Os resíduos produzidos no quarto de isolamento deverão ser colocados nos dispositivos de recolha junto ao doente (contenção na fonte) em saco vermelho.	
---	--

A principal medida de isolamento é a lavagem e/ou desinfeção das mãos.	
--	--

O EPI disponível, como exemplo o avental, luvas, bata, deve ser usado criteriosamente para evitar falsas seguranças e custos desnecessários.	
--	--

Arrastadeiras / urinóis lavados, preferencialmente, em máquina com ciclo de desinfeção térmica;	
---	--

O carro de distribuição deverá manter-se sempre constituído;	
--	--

O uso de unhas artificiais, unhas compridas e com verniz, anéis e outros acessórios de pulso tornam menos eficaz a higiene das mãos, no que respeita ao controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde.	
---	--



### Apêndice 3 – Ficha de validação de conteúdos - correção












### Avaliação da Ação de Formação

**Tema**

Otimização de Práticas na Prestação de Cuidados à Pessoa em isolamento de Contacto

Classifique as afirmações abaixo expostas como Verdadeiras ou Falsas.

 Entende-se por isolamento o estabelecimento de barreiras físicas de modo a reduzir a transmissão de microrganismos de um indivíduo para outro.	<p>V</p>
 Os resíduos produzidos no quarto de isolamento deverão ser colocados nos dispositivos de recolha junto ao doente (contenção na fonte) em saco vermelho.	<p>F</p>
 A principal medida de isolamento é a lavagem e/ou desinfecção das mãos.	<p>V</p>
 O EPI disponível, como exemplo o avental, luvas, bata, deve ser usado criteriosamente para evitar falsas seguranças e custos desnecessários.	<p>V</p>
 Arrastadeiras / urinóis lavados, preferencialmente, em máquina com ciclo de desinfecção térmica.	<p>V</p>
 O carro de distribuição deverá manter-se sempre constituído.	<p>F</p>
 O uso de unhas artificiais, unhas compridas e com verniz, anéis e outros acessórios de pulso tornam menos eficaz a higiene das mãos, no que respeita ao controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde.	<p>V</p>



## **Anexos**





## Anexo 1 – Ficha de Avaliação pelo Formando



## FICHA DE AVALIAÇÃO PELO FORMANDO

1. IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO			
Designação Curso Ação: _____			
Modalidade de Formação (assinalar com X):	Inicial <input type="checkbox"/>	Contínua <input type="checkbox"/>	Em Serviço <input type="checkbox"/>
Outra _____			
POPH Candidatura n.º: _____	Tipologia n.º _____	Curso n.º: _____	Ação n.º _____
Data: ____/____/____			

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO			
1 - Insuficiente	2 - Suficiente	3 - Bom	4 - Muito Bom

Considerando a escala de classificação indicada, efetue a sua apreciação relativa a cada um dos pontos a seguir discriminados na presente ficha.

2. PROGRAMA DA AÇÃO				
Parâmetros	1	2	3	4
Objetivos da ação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conteúdos da ação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estrutura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilidade do tema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumprimento do horário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. FUNCIONAMENTO DA AÇÃO				
Parâmetros	1	2	3	4
Instalações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipamentos e Meios Audiovisuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Documentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. APRECIÇÃO GLOBAL DA AÇÃO				
- Considera que a ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho ? (assinalar com X)				
Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	- Se sim, de que forma ? _____		
- Na globalidade, de que forma qualifica a formação realizada? (assinalar com X)				
	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontos Fortes		Oportunidades de Melhoria		
1. _____		1. _____		
2. _____		2. _____		
3. _____		3. _____		
4. _____		4. _____		
- Sugestões/Observações				
_____				
_____				
_____				
_____				

# 5. INTERVENÇÃO DO(S) FORMADOR(ES)

(assinalar com X)

## 1. Domínio dos temas e conteúdos abordados

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

1	2	3	4

## 2. Clareza da linguagem utilizada

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

1	2	3	4

## 3. Capacidade para esclarecimento de dúvidas

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

1	2	3	4

## 4. Capacidade de motivação/relacionamento com os formandos

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

1	2	3	4

## 5. Utilização de meios didáticos ( Powerpoint, videos, filmes ...)

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

1	2	3	4

## 6. Cumprimento de Horários

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

1	2	3	4

Observações:

NOME (facultativo): \_\_\_\_\_

Muito Obrigada pela Sua Colaboração!

## **Apêndice 16: Relatório Avaliação Ação Formação Equipa AO**





## **Relatório de Avaliação Ação Formação Assistentes Operacionais**

**Elaborado Por:**

**Maria João Gonçalves Nunes**

*Estudante do 3º Curso de Mestrado em enfermagem Médico-Cirúrgica*

**Orientadora: Enf.ª M.C.**

**Professora: Mariana Pereira**

SETÚBAL

Novembro 2014





## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 – Distribuição respostas corretas/erradas.....	17
---	----



## Índice de Gráficos

Gráfico I – Distribuição respostas corretas/erradas .....	17
Gráfico II – Programa da Ação: Objetivos da Ação .....	18
Gráfico III – Programa da Ação: Conteúdos da Ação.....	19
Gráfico IV – Programa da Ação: Estrutura .....	19
Gráfico V – Programa da Ação: Utilidade do tema .....	20
Gráfico VI – Programa da Ação: Cumprimento do horário.....	20
Gráfico VII – Funcionamento da Ação: Instalações .....	21
Gráfico VIII – Funcionamento da Ação: Equipamentos e Meios Audiovisuais	21
Gráfico IX – Funcionamento da Ação: Documentação.....	21
Gráfico X – Apreciação Global da Ação: Considera que a ação formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho? .....	22
Gráfico XI – Apreciação Global da Ação: Na globalidade, de que forma qualifica a formação realizada? .....	22
Gráfico XII – Intervenção do Formador: Utilização de meios didáticos (Powerpoint, vídeos, filmes,...) .....	23
Gráfico XIII – Intervenção do Formador: Cumprimento de horários.....	24



## Índice

Introdução.....	9
1–Objetivos da Sessão de Formação.....	11
1.1– Objetivo Geral.....	11
1.2– Objetivos Específicos.....	11
2-Planificação da Ação Formação.....	13
2.1– População Alvo.....	13
2.2– Localização.....	13
2.3– Duração da sessão.....	13
3 - Conteúdos.....	15
4-Avaliação da Sessão de Formação.....	17
5 – Conclusão.....	25
Apêndices	273
Apêndice 1 – Ficha de validação de conteúdos.....	29
Apêndice 2 – Ficha de validação de conteúdos – correção.....	33
Anexos.....	37
Anexo 1 – Ficha de Avaliação pelo Formando.....	39



## Introdução

Com o intuito de dar resposta ao problema definido no diagnóstico de situação, elaborado no estágio I e II, o qual se realizou num serviço de Cirurgia Geral de um Hospital da Margem Sul, no período compreendido entre 10 de março de 2014 a 10 de julho de 2014, refletindo nas práticas na prestação de cuidados à pessoa em isolamento de contacto, procedemos à calendarização e marcação da ação de formação sobre procedimentos relativos às Precauções de Isolamento.

Fahey *et al.*, (1991) citado por Wilson (2003), defendem “*A adoção de padrões de rotina de controlo de infeção depende de uma formação e treino regulares e apropriados que garantam que todos os profissionais de saúde compreendam os procedimentos e saibam quais os padrões de cuidados que se espera deles*”.<sup>3</sup> Assim treinar a Equipa de Assistentes Operacionais nos procedimentos relativos às Precauções de Isolamento – é conhecida a importância do treino e o necessário fornecimento de equipamento adequado às práticas seguras.

A realização da formação ocorreu em 2 sessões de duração de 1 hora cada, a qual procurou abranger o maior número possível de profissionais desta categoria profissional.

As sessões realizadas à equipa de Assistentes Operacionais foram, primeiramente, de carácter expositivo, com o objetivo que a equipa reconhecesse que poderá melhorar futuramente atendendo ao que está preconizado visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, e num segundo tempo uma vertente prática.

Para o tratamento de dados utilizámos o método quantitativo, recorrendo ao programa Excel.

---

<sup>3</sup> WILSON, Jennie - *Controlo de Infeção na Prática Clínica*. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 978-972-8383-57-2.





## **1 – Objetivos da Sessão de Formação**

Procedemos à elaboração do Plano de Ação de Formação, e como ponto de partida delineámos os objetivos da ação de formação.

### **1.1 – Objetivo Geral**

Definimos como objetivo geral *Nortear a equipa de Assistentes Operacionais na prestação de cuidados seguros de acordo com a via de transmissão – contacto.*

### **1.2 – Objetivos Específicos**

Concretamente descrevemos como objetivos específicos:

- *Divulgar PIS;*
- *Compreender o impacto das IACS;*
- *Sensibilizar os Assistentes Operacionais para a conveniência do uso de EPI nos cuidados de saúde;*
- *Demonstrar como se coloca e remove os distintos EPI.*



## **2 – Planificação da Ação Formação**

Impõe-se conhecer o grupo de formandos a quem se dirigiu a ação de formação.

### **2.1 – População Alvo**

A Equipa de Assistentes Operacionais do Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital da Margem Sul foi a destinatária das ações de formação planeadas.

Com as duas sessões de formação, formámos 46% da equipa de AO. Importa referir que, nos dias das sessões, encontravam-se em funções 8 elementos, num total de 26 AO do Serviço, sendo que os restantes se encontravam ausentes, em situação de atestado ou férias.

### **2.2 – Localização**

A formação ocorreu na sala de sessões do Serviço de Cirurgia Geral, na qual se colocou uma tela de projeção e os restantes meios áudio visuais necessários (computador portátil e projetor).

### **2.3 – Duração da sessão**

As sessões ocorreram nos dias 25 e 26 de Novembro de 2014, no período das 15h às 16h, com a duração de 60 minutos cada uma. O horário definido julga-se o mais pertinente pela possibilidade de alcançar a equipa que se encontra a fazer manhã e a equipa escalada para o turno da tarde tendo alguns elementos vindo mais cedo. A referir que as sessões de formação foram contabilizadas como formação em serviço, sendo o tempo contabilizado para o banco de horas (foi realizado o registo biométrico de presença).



### **3– Conteúdos**

Através do método expositivo, contextualizámos a ação de formação, apresentámos o tema e a metodologia de trabalho e como ponto fulcral difundimos os resultados das observações (realizadas no período de junho 2014), possibilitando assim uma reflexão sobre as práticas exercidas.

Procedemos a uma breve abordagem às IACS, apresentando dados concretos do Serviço de Cirurgia Geral. Deu-se um maior enfoque à cadeia epidemiológica de microrganismos, de forma explícita e simplificada, promovendo a reflexão da importância do papel que estes profissionais ocupam na equipa multidisciplinar e sobre a sua prestação de cuidados. De seguida procedemos ao enquadramento do controlo de infeção durante a prestação de cuidados à pessoa em situação de isolamento de contacto, realçando a técnica correta de colocação e remoção de EPI com uma vertente prática, de treinamento da técnica. No decorrer do planeamento da ação de formação, tendo sido detetado novas áreas necessárias trabalhar inclui-mos, a pedido da Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Chefe, as precauções básicas na limpeza do ambiente de prestação de cuidados.



#### 4 - Avaliação da Sessão de Formação

Procedeu-se à avaliação formativa da sessão de formação, recorrendo a uma ficha de validação de conteúdos construída, com sete questões de verdadeiro e falso (apêndice 1). Após a sua correção (apêndice 2), da totalidade fichas de avaliação recolhidas, auferiu-se a distribuição das respostas corretas/erradas (tabela 1).

		Formandos											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Perguntas	A	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	B	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	C	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	X	V
	D	V	V	V	V	V	V	V	X	X	V	V	V
	E	V	X	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	F	V	V	V	V	V	V	V	V	X	X	V	V
	G	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V

Tabela 1 – Distribuição respostas corretas/erradas

Obtivemos 93% de respostas corretas e 7% de respostas erradas, conforme gráfico I.

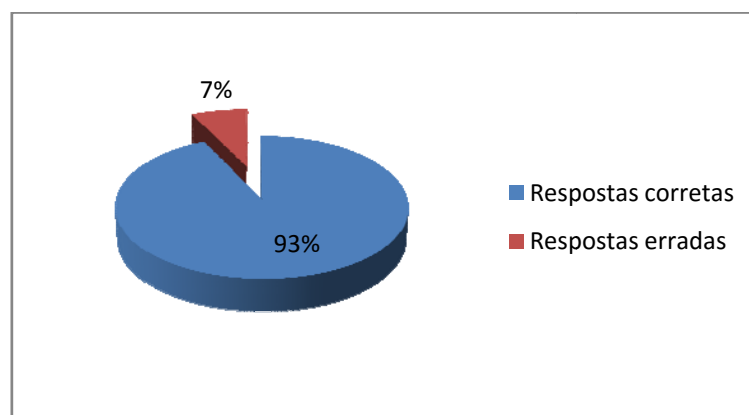


Gráfico I – Distribuição respostas corretas/erradas

No final da sessão foi entregue uma ficha de Avaliação da Sessão, em uso na instituição (anexo 1), tendo sido solicitado que avaliassem o Programa da Ação, o Funcionamento da Ação, a Apreciação Global da Ação e a Intervenção do Formador. Cada parâmetro foi avaliado numa escala de 1 a 4, sendo que 1 corresponde a Insuficiente, 2 a Suficiente, 3 a Bom e 4 a Muito Bom, devendo assinalar com X.

No que respeita ao Programa da Ação, este é constituído por 5 parâmetros: 1. Objetivos da ação, 2. Conteúdos da ação, 3. Estrutura, 4. Utilidade do tema e 5. Cumprimento do horário.

No parâmetro 1. Objetivos da ação, classificaram como Muito Bom 75% dos formandos, classificaram como Bom 25% formandos.

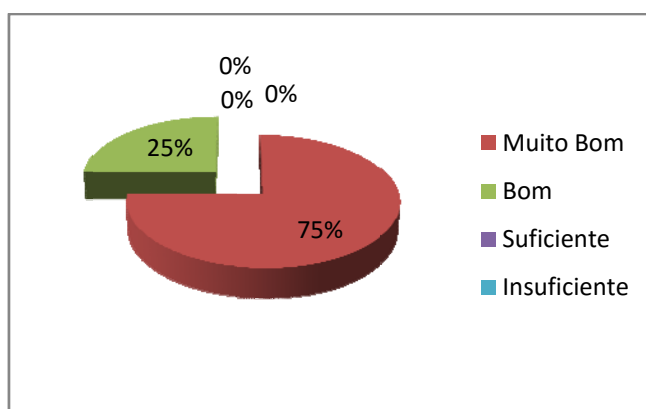


Gráfico II – Programa da Ação: Objetivos da Ação

O parâmetro 2. Conteúdos da ação foram classificados como Muito Bons por 75% dos formandos e como bons pelos restantes 25%formandos



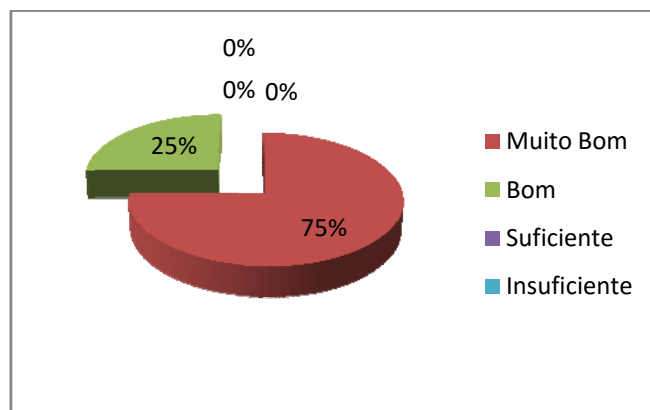


Gráfico III – Programa da Ação: Conteúdos da Ação

58% dos formandos consideraram a estrutura da ação Muito Bom, enquanto 42% considerou como Bom.

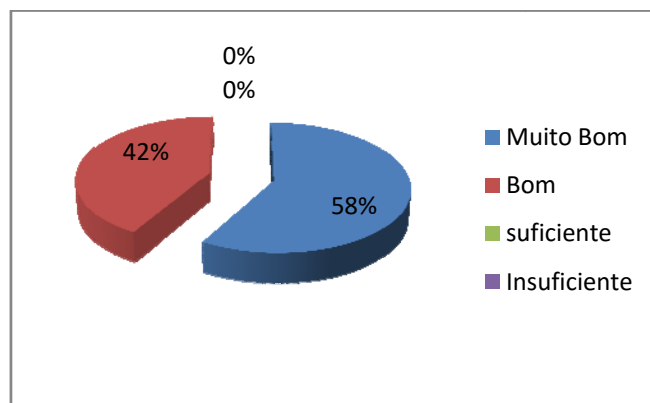


Gráfico IV – Programa da Ação: Estrutura

83% dos formandos consideraram a utilidade do tema como Muito Bom, os restantes 17% dos formandos qualificaram como Bom

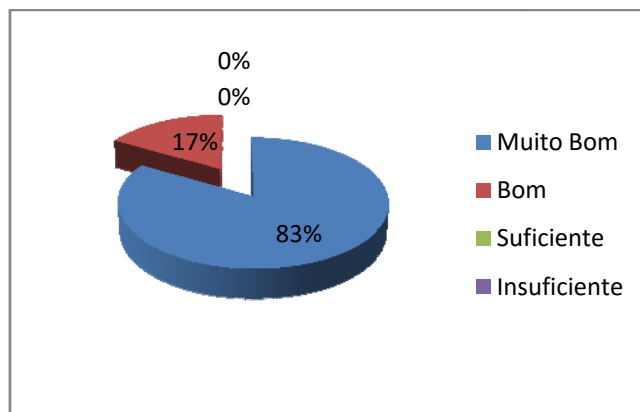


Gráfico V – Programa da Ação: Utilidade do tema

Relativamente ao parâmetro 5. Cumprimento do horário considerado Muito Bom por 67% dos formandos, como Bom por 25% formandos e 8% consideraram como Suficiente.

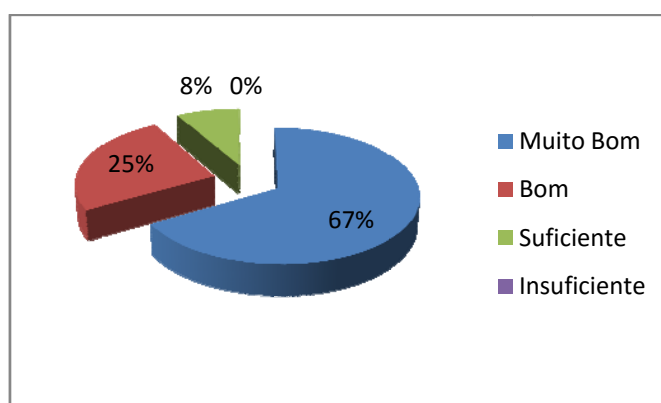


Gráfico VI – Programa da Ação: Cumprimento do horário

Os resultados, relativamente ao Funcionamento da Ação, compreendem a avaliação dos parâmetros 1.Instalações, 2.Equipamentos e Meios Audiovisuais e 3.Documentação. Assim, relativamente ao parâmetro 1. Instalações, as mesmas foram consideradas como Muito Bom por 67% formandos enquanto 33% as classificou como Bom

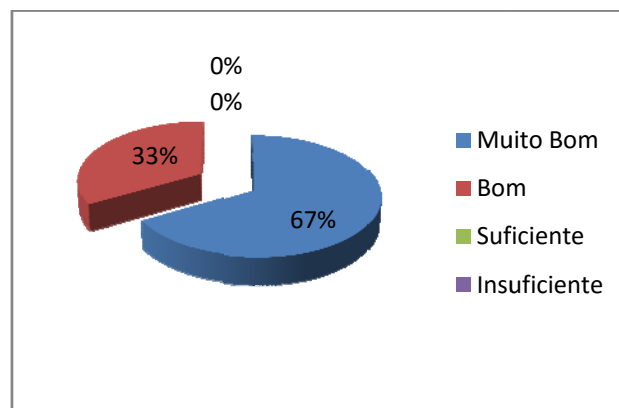


Gráfico VII – Funcionamento da Ação: Instalações

O ponto 2. Equipamentos e Meios Audiovisuais foi avaliado como Muito Bom por 67% dos formandos, como Bom pelos restantes 33%.

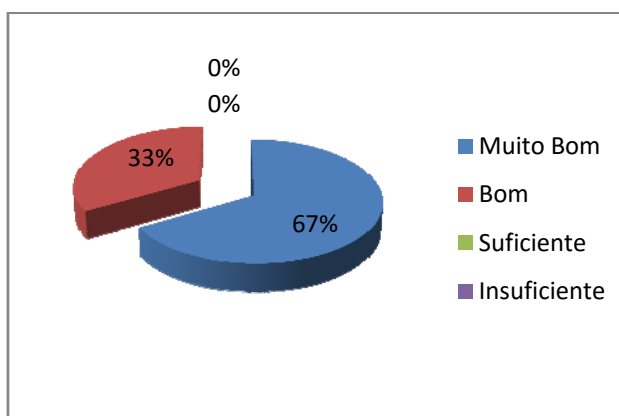


Gráfico VIII – Funcionamento da Ação: Equipamentos e Meios Audiovisuais

O ponto 3. Documentação foi avaliado como Muito Bom por 75%, como Bom por 8% enquanto 17% dos formandos consideram como Suficiente.

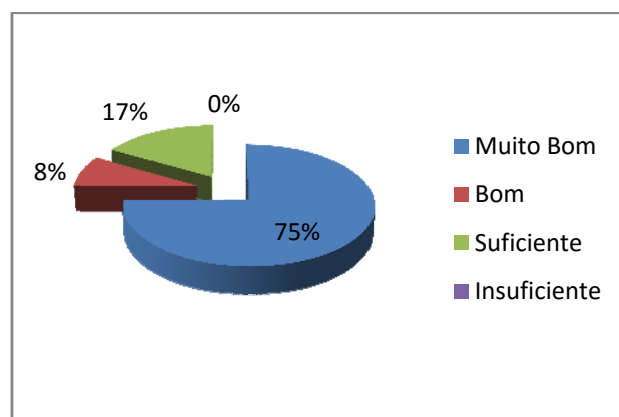


Gráfico IX – Funcionamento da Ação: Documentação

Relativamente à Apreciação Global da Ação 92% consideraram que a ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho. 8% dos formando não responderam à questão.



Gráfico X – Apreciação Global da Ação: Considera que a ação formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho?

À pergunta “Se sim, de que forma?” 50% dos formandos não responderam, os restantes responderam “*na melhoria dos cuidados prestados*” sendo que destes houve 1 formando que referiu “*no aumento da minha segurança*”. Na globalidade, 75% dos formandos qualificaram a formação realizada como Muito Boa enquanto 25% consideraram-na como Boa.

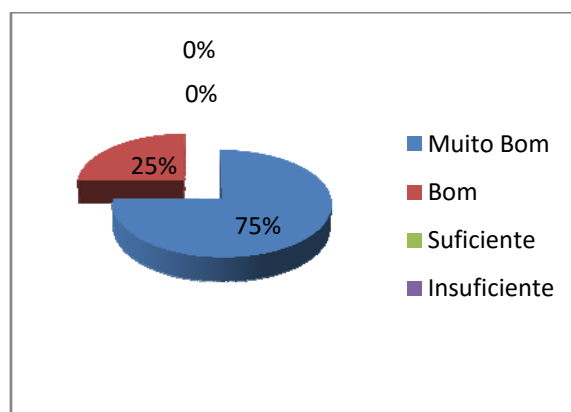


Gráfico XI – Apreciação Global da Ação: Na globalidade, de que forma qualifica a formação realizada?

Os campos “Pontos Fortes” e “Oportunidades de Melhoria” não foram preenchidos pela totalidade dos formandos

Quanto à Intervenção do Formador foram avaliados 6 parâmetros: 1. Domínio dos temas e conteúdos abordados, 2. Clareza da linguagem utilizada, 3. Capacidade para esclarecimento de dúvidas, 4. Capacidade de motivação/relacionamento com os formandos, 5. Utilização de meios didáticos (Powerpoint, vídeos, filmes,...) e 6. Cumprimento de horários.

Assim o parâmetro 1. Domínio dos temas e conteúdos abordados, a totalidade dos formandos (100%) atribuíram a classificação de Muito Bom. No parâmetro 2. Clareza da linguagem utilizada, 100% formandos atribuíram a classificação de Muito Bom. Relativamente ao parâmetro 3. Capacidade para esclarecimento de dúvidas 100% formandos classificou como Muito Boa. Ao parâmetro 4. Capacidade de motivação/relacionamento com os formandos, a totalidade dos formandos (100%) a classificou como Muito Bom. Ao parâmetro 5. Utilização de meios didáticos (Powerpoint, vídeos, filmes,...) 92% formandos classificaram como Muito Bom e 8% qualificaram como Bom.

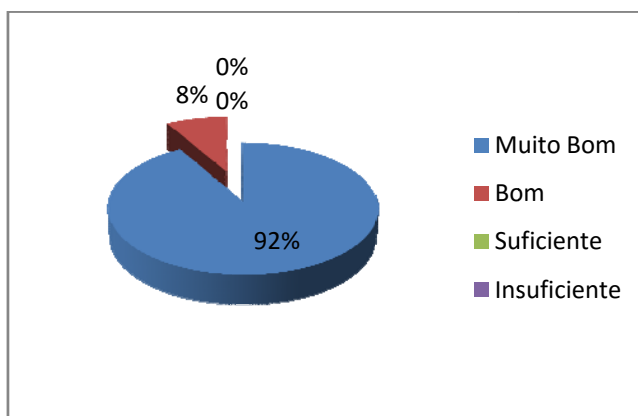


Gráfico XII – Intervenção do Formador: Utilização de meios didáticos (Powerpoint, vídeos, filmes,...)

Quanto ao parâmetro 6. Cumprimento de horários 67% dos formandos classificaram como Muito Bom, enquanto os restantes 33% consideram como Bom

Quanto ao parâmetro 6. Cumprimento de horários 67% dos formandos classificaram como Muito Bom, enquanto os restantes 33% consideram como Bom.

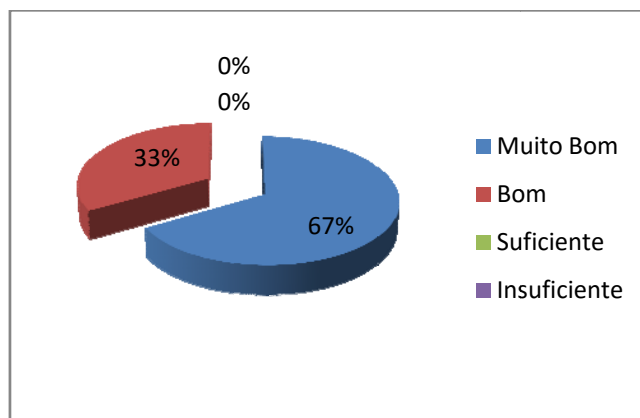


Gráfico XIII – Intervenção do Formador: Cumprimento de horários

De referir que no final da sessão houve lugar ao coffee break o qual permitiu a continuidade da conversa no ambiente informal.

A realçar o facto das fichas de avaliação pelo formando terem sido de preenchimento facultativo e de carácter anónimo se opção, pelo que os resultados alcançados demonstram o impacto da sessão sobre a equipa profissional em causa.

## **5 - Conclusão**

Aquando da prestação de cuidados, a higienização das mãos e o uso devido de equipamento de proteção individual são o método mais eficaz de contrariar a propagação de doenças transmissíveis a todos os que contactam com o doente (sejam profissionais ou visitas/acompanhantes) e entre doentes, mas também a contaminação do ambiente circundante. Por outro lado, a ausência ou deficiente higienização das mãos e o uso incorreto do equipamento de proteção individual contribuirá para o risco acrescido de propagação de microrganismos, contribuindo para o aumento da probabilidade de transmissão cruzada de infeções. A ressaltar que a correta adoção das precauções básicas salvaguarda quer os profissionais de saúde quer a pessoa internada. Deste modo é inquestionável a responsabilidade da equipa e de cada profissional individualmente. O controlo de infeção exige uma reflexão mas permite, ao mesmo tempo, a promoção de boas práticas. Visando a qualidade dos cuidados prestados, a formação surge aqui como um contributo fundamental.

Após a realização da ação formação entendemos ter alcançado os objetivos a que nos propusemos.





## **Apêndices**



## Apêndice 1 – Ficha de validação de conteúdos





### Avaliação da Ação de Formação

**Tema**

Otimização de Práticas na Prestação de Cuidados à Pessoa em isolamento de Contacto

Classifique as afirmações abaixo expostas como Verdadeiras ou Falsas.

Entende-se por isolamento o estabelecimento de barreiras físicas de modo a reduzir a transmissão de microrganismos de um indivíduo para outro.

Os resíduos produzidos no quarto de isolamento deverão ser colocados nos dispositivos de recolha junto ao doente (contenção na fonte) em saco vermelho.

A principal medida de isolamento é a lavagem e/ou desinfeção das mãos.

O EPI disponível, como exemplo o avental, luvas, bata, deve ser usado criteriosamente para evitar falsas seguranças e custos desnecessários.

Arrastadeiras / urinóis lavados, preferencialmente, em máquina com ciclo de desinfeção térmica;

O carro de distribuição deverá manter-se sempre constituído;

O uso de unhas artificiais, unhas compridas e com verniz, anéis e outros acessórios de pulso tornam menos eficaz a higiene das mãos, no que respeita ao controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde.



## Apêndice 2 – Ficha de validação de conteúdos - correção







### Avaliação da Ação de Formação

**Tema**

Otimização de Práticas na Prestação de Cuidados à Pessoa em isolamento de Contacto

Classifique as afirmações abaixo expostas como Verdadeiras ou Falsas.

✚ Entende-se por isolamento o estabelecimento de barreiras físicas de modo a reduzir a transmissão de microrganismos de um indivíduo para outro.

**V**

✚ Os resíduos produzidos no quarto de isolamento deverão ser colocados nos dispositivos de recolha junto ao doente (contenção na fonte) em saco vermelho.

**F**

✚ A principal medida de isolamento é a lavagem e/ou desinfecção das mãos.

**V**

✚ O EPI disponível, como exemplo o avental, luvas, bata, deve ser usado criteriosamente para evitar falsas seguranças e custos desnecessários.

**V**

✚ Arrastadeiras / urinóis lavados, preferencialmente, em máquina com ciclo de desinfecção térmica.

**V**

✚ O carro de distribuição deverá manter-se sempre constituído.

**F**

✚ O uso de unhas artificiais, unhas compridas e com verniz, anéis e outros acessórios de pulso tornam menos eficaz a higiene das mãos, no que respeita ao controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde.

**V**



## **Anexos**



## Anexo 1 – Ficha de Avaliação pelo Formando



## FICHA DE AVALIAÇÃO PELO FORMANDO

1. IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO					
Designação Curso Ação: _____					
Modalidade de Formação (assinalar com X):    Inicial <input type="checkbox"/> Contínua <input type="checkbox"/> Em Serviço <input type="checkbox"/> Outras _____					
POPH Candidatura n.º: _____		Tipologia n.º <input type="text"/> <input type="text"/>		Curso n.º: _____ / Ação n.º _____	
Data: ____/____/____					

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO			
1 - Insuficiente	2 - Suficiente	3 - Bom	4 - Muito Bom

Considerando a escala de classificação indicada, efetue a sua apreciação relativa a cada um dos pontos a seguir discriminados na presente ficha.

2. PROGRAMA DA AÇÃO					
Parâmetros	1	2	3	4	(assinalar com X)
Objetivos da ação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conteúdos da ação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Estrutura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilidade do tema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cumprimento do horário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. FUNCIONAMENTO DA AÇÃO					
Parâmetros	1	2	3	4	(assinalar com X)
Instalações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Equipamentos e Meios Audiovisuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Documentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. APRECIÇÃO GLOBAL DA AÇÃO					
- Considera que a ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho ? (assinalar com X)					
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> - Se sim, de que forma ? _____ _____ _____					
- Na globalidade, de que forma qualifica a formação realizada? (assinalar com X)					
<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>1</span><span>2</span><span>3</span><span>4</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> </div>					
Pontos Fortes			Oportunidades de Melhoria		
1. _____			1. _____		
2. _____			2. _____		
3. _____			3. _____		
4. _____			4. _____		
- Sugestões/Observações					
_____					
_____					
_____					
_____					

# 5. INTERVENÇÃO DO(S) FORMADOR(ES)

(assinalar com X)

## 1. Domínio dos temas e conteúdos abordados

1	
2	
3	
4	
5	
6	

1	2	3	4

## 2. Clareza da linguagem utilizada

1	
2	
3	
4	
5	
6	

1	2	3	4

## 3. Capacidade para esclarecimento de dúvidas

1	
2	
3	
4	
5	
6	

1	2	3	4

## 4. Capacidade de motivação/relacionamento com os formandos

1	
2	
3	
4	
5	
6	

1	2	3	4

## 5. Utilização de meios didáticos ( Powerpoint, videos, filmes ...)

1	
2	
3	
4	
5	
6	

1	2	3	4

## 6. Cumprimento de Horários

1	
2	
3	
4	
5	
6	

1	2	3	4

Observações:

NOME (facultativo): \_\_\_\_\_

Muito Obrigada pela Sua Colaboração!



**Apêndice 17: Relatório Apresentação e Análise Resultados**  
**Novas Observações**





## **Apresentação e Análise dos Resultados das Novas Observações**

**Elaborado Por:**

**Maria João Gonçalves Nunes**

*Estudante do 3º Curso de Mestrado em enfermagem Médico-Cirúrgica*

**Orientadora: Enf.ª M.C.**

**Professora: Mariana Pereira**

SETÚBAL

Janeiro 2015



## Índice de Gráficos Relativos à Grelha de Observação

Gráfico I – Distribuição por Categoria Profissional.....	11
Gráfico II – Distribuição do doente em local que minimize o risco de transmissão cruzada.....	11
Gráfico III – Distribuição do quarto/unidade sinalizado com cartaz de identificação de isolamento adequado à via de transmissão).....	12
Gráfico IV – Distribuição de Enf quanto à higienização das mãos.....	12
Gráfico V – Distribuição de AO quanto à higienização das mãos.....	13
Gráfico VI – Distribuição de Enf que higieniza as mãos antes de procedimentos assépticos.....	13
Gráfico VII – Distribuição de AO que higieniza as mãos antes de procedimentos assépticos.....	14
Gráfico VIII – Distribuição de Enf que higieniza as mãos após o risco de exposição a fluidos orgânicos....	14
Gráfico IX – Distribuição de AO que higieniza as mãos após o risco de exposição a fluidos orgânicos.....	15
Gráfico X – Distribuição de Enf que higieniza as mãos após contactar com o doentes ou a sua unidade....	15
Gráfico XI – Distribuição de AO que higieniza as mãos após contactar com o doentes ou a sua unidade....	158
Gráfico XII – Distribuição de Enf que higieniza as mãos após a remoção do equipamento de proteção individual.....	16
Gráfico XIII – Distribuição de AO que higieniza as mãos após a remoção do equipamento de proteção individual.....	17
Gráfico XIV – Distribuição de Enf que utiliza adequadamente os produtos disponíveis (SABA e sabão)...	17
Gráfico XV – Distribuição de AO que utiliza adequadamente os produtos disponíveis (SABA e sabão)....	18
Gráfico XVI – Distribuição de Enf que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento (retira jóias e adornos das mãos e antebraços antes de iniciar) .....	18
Gráfico XVII – Distribuição de AO que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento - retira jóias e adornos das mãos e antebraços antes de iniciar.....	19
Gráfico XVIII – Distribuição de Enf que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – apresenta unhas, limpas, curtas, sem verniz.....	19
Gráfico XIX – Distribuição de AO que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – apresenta unhas, limpas, curtas, sem verniz.....	20
Gráfico XX – Distribuição de Enf que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – sem utilização de unhas artificiais.....	20
Gráfico XXI – Distribuição de AO que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – sem utilização de unhas artificiais.....	21
Gráfico XXII – Distribuição de Enf que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – aplica corretamente o produto a usar.....	21

Gráfico XXIII – Distribuição de AO que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – aplica corretamente o produto a usar.....	22
Gráfico XXIV – Distribuição de Enf que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – fricciona as mãos respeitando a técnica, os tempos de contacto e as áreas a abranger.....	22
Gráfico XXV – Distribuição de AO que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – fricciona as mãos respeitando a técnica, os tempos de contacto e as áreas a abranger.....	23
Gráfico XXVI – Distribuição de Enf que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – seca/deixa secar bem as mãos.....	23
Gráfico XXVII – Distribuição de AO que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – seca/deixa secar bem as mãos.....	24
Gráfico XXVIII – Distribuição de Enf que reúne o material necessário.....	24
Gráfico XXIX – Distribuição de AO que reúne o material necessário.....	25
Gráfico XXX – Distribuição de Enf que assegura a existência de um local onde depositar o material usado.....	25
Gráfico XXXI – Distribuição de AO que assegura a existência de um local onde depositar o material usado.....	26
Gráfico XXXII – Distribuição de Enf que coloca bata.....	26
Gráfico XXXIII – Distribuição de AO que coloca bata.....	27
Gráfico XXXIV – Distribuição de Enf que coloca proteção facial ou máscara e proteção ocular.....	1697
Gráfico XXXV – Distribuição de AO que coloca proteção facial ou máscara e proteção ocular.....	28
Gráfico XXXVI – Distribuição de Enf que coloca touca.....	28
Gráfico XXXVII – Distribuição de AO que coloca touca.....	29
Gráfico XXXVIII – Distribuição de Enf que coloca luvas.....	29
Gráfico XXXVIII – Distribuição de AO que coloca luvas.....	30
Gráfico XXXIX – Distribuição de Enf que usa luvas adequadas ao procedimento a realizar.....	30
Gráfico XL – Distribuição de AO que usa luvas adequadas ao procedimento a realizar.....	31
Gráfico XLI – Distribuição de Enf que usa luvas quando se antecipa a exposição a sangue ou outros fluidos orgânicos.....	31
Gráfico XLII – Distribuição de AO que usa luvas quando se antecipa a exposição a sangue ou outros fluidos orgânicos.....	31
Gráfico XLIII – Distribuição de Enf que remove luvas imediatamente após o procedimento.....	32
Gráfico XLIV – Distribuição de AO que remove luvas imediatamente após o procedimento.....	32
Gráfico XLV – Distribuição de Enf que usa avental durante procedimentos que envolvam o contacto direto com o doente.....	33
Gráfico XLVI – Distribuição de AO que usa avental durante procedimentos que envolvam o contacto direto com o doente.....	33

Gráfico XLVII – Distribuição de Enf que usa bata quando existe risco acrescido de salpicos de sangue ou fluidos corporais.....	34
Gráfico XLVIII – Distribuição de AO que usa bata quando existe risco acrescido de salpicos de sangue ou fluidos corporais.....	34
Gráfico XLIX – Distribuição de Enf que usa bata abotoada/atada atrás.....	35
Gráfico L – Distribuição de AO que usa bata abotoada/atada atrás.....	35
Gráfico LI – Distribuição de Enf que remove bata/avental imediatamente após o procedimento.....	36
Gráfico LII – Distribuição de AO que remove bata/avental imediatamente após o procedimento.....	36
Gráfico LIII – Distribuição de Enf que usa máscara quando existe o risco de salpicos de fluidos orgânicos para a face.....	37
Gráfico LIV – Distribuição de AO que usa máscara quando existe o risco de salpicos de fluidos orgânicos para a face.....	37
Gráfico LV – Distribuição de Enf que usa máscara bem ajustada à face.....	38
Gráfico LVI – Distribuição de AO que usa máscara bem ajustada à face.....	38
Gráfico LVII – Distribuição de Enf que remove máscara no final do procedimento.....	39
Gráfico LVIII – Distribuição de AO que remove máscara no final do procedimento.....	39
Gráfico LIX – Distribuição de AO que retira o EPI antes de sair do quarto/unidade.....	40
Gráfico LX – Distribuição de Enf que retira bata e luvas enrolando-as para que a parte exposta fique para dentro.....	40
Gráfico LXI – Distribuição de AO que retira bata e luvas enrolando-as para que a parte exposta fique para dentro.....	41
Gráfico LXII – Distribuição de Enf que retira touca.....	41
Gráfico LXIII – Distribuição de AO que retira touca.....	42
Gráfico LXIV – Distribuição de Enf que remove a proteção facial ou proteção ocular e máscara (obedecendo a esta ordem, tocando sempre nos elásticos e nunca na parte da frente).....	42
Gráfico LXV – Distribuição de AO que remove a proteção facial ou proteção ocular e máscara (obedecendo a esta ordem, tocando sempre nos elásticos e nunca na parte da frente).....	43





## Índice

Introdução.....	9
1 – Apresentação e Análise dos Dados Observados.....	11
2 – Conclusão.....	45
Referências.....	47



## Introdução

Tendo sido fundamentado o problema definido no diagnóstico de situação, elaborado no estágio I e II, o qual se realizou num serviço de Cirurgia Geral de um Hospital da Margem Sul, refletindo nas práticas na prestação de cuidados à pessoa em isolamento de contacto, impõe-se avaliar a implementação do projeto em causa. Evidencia-se a necessidade de refletirmos de forma contínua acerca dessa implementação. Realizámos novas observações aplicando a mesma grelha de observação utilizada no Diagnóstico de Situação (grelha de observação constituída com o intuito de observar as práticas dos enfermeiros e assistentes operacionais no que respeita ao respeito pelos procedimentos atender na prestação de cuidados à pessoa em isolamento de contacto).

A grelha foi aplicada no período de janeiro de 2015. *“Um estudo de observação é o que consiste em colocar questões relativas a comportamentos humanos aparentes ou acontecimentos e obter respostas a essas questões por meio da observação direta dos comportamentos dos sujeitos ou dos acontecimentos, num dado período de tempo ou segundo uma frequência determinada”* (Fortin, 1999:241). A grelha elaborada consistia na observação da ação da equipa quanto aos cuidados a ter aquando da prestação de cuidados à pessoa em situação de isolamento de contacto (colocação do doente, higienização das mãos e utilização de Equipamentos de proteção Individual).

**Procedemos à análise e discussão dos resultados da avaliação das novas observações ambicionando a obtenção de resultados superiores às primeiras realizadas.**

Realizaram-se portanto as observações após o que se analisaram os dados auferidos, calculando-se a percentagem de atitudes corretas ou incorretas por parte da equipa. Foram efetuadas 21 observações aquando da prestação direta de cuidados, das quais 10 a elementos da equipa de enfermagem e 11 a elementos da equipa de assistentes operacionais.

De acordo com o divulgado anteriormente, diferenciámos 3 âmbitos a observar:

- Colocação do Doente;
- Higienização das Mãos,
- Utilização de Equipamento de Proteção Individual.

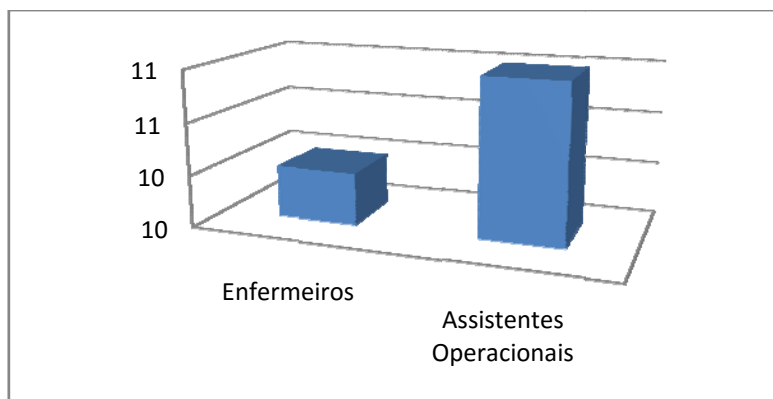
Para o tratamento de dados utilizamos o método quantitativo, recorrendo ao programa Excel.



## 1 – Apresentação e Análise dos Dados Observados

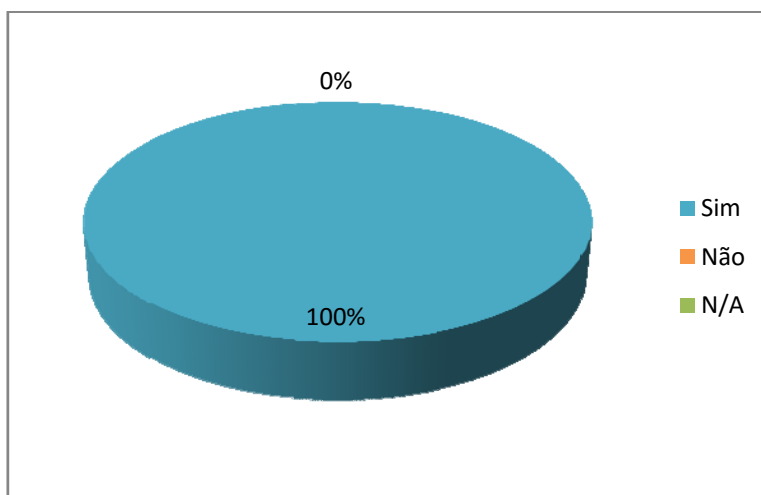
De acordo com o âmbito da grelha de observação procedemos à análise do assinalado.

Foram efetuadas 21 observações aquando da prestação direta de cuidados, das quais 10 a elementos da equipa de enfermagem e 11 a elementos da equipa de assistentes operacionais.



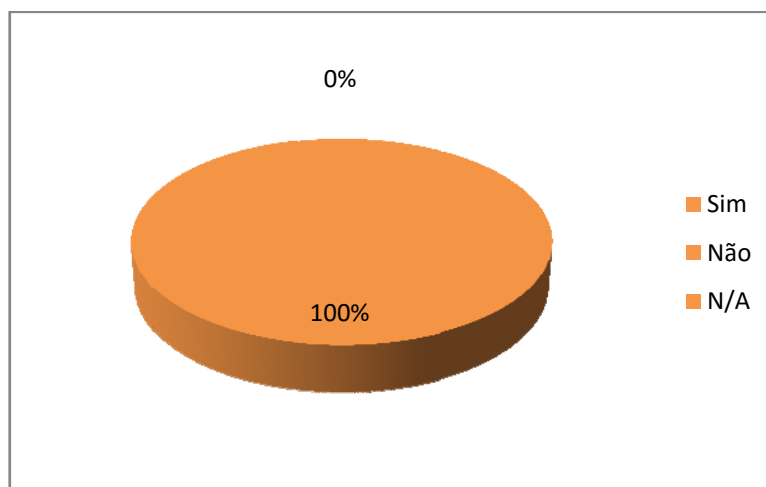
**Gráfico I – Distribuição por Categoria Profissional**

Relativamente à Colocação do Doente, verifica-se que o doente é sempre colocado em local que minimize o risco de transmissão cruzada.



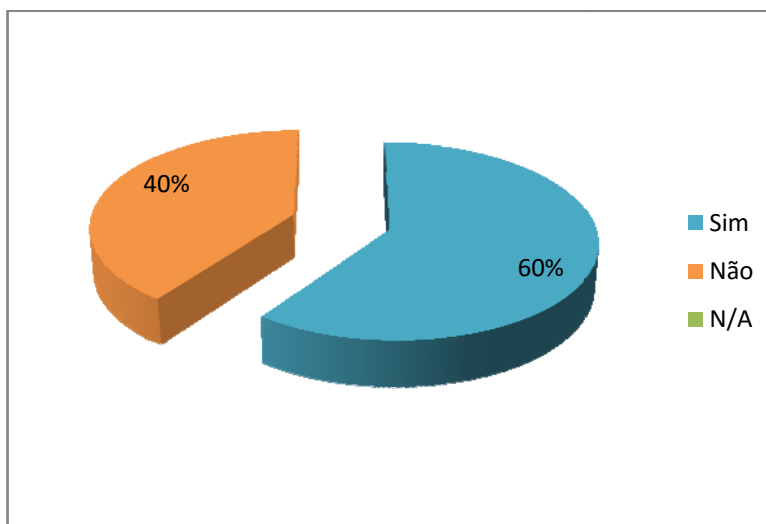
**Gráfico II – Distribuição do doente colocado em local que minimize o risco de transmissão cruzada**

O quarto/unidade da pessoa é sempre sinalizado com cartaz de identificação de isolamento (adequado à via de transmissão).



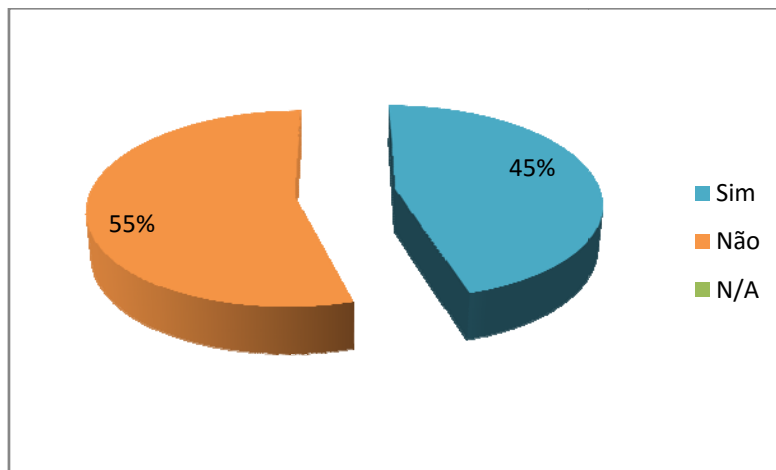
**Gráfico III – Distribuição do quarto/unidade sinalizado com cartaz de identificação de isolamento (adequado à via de transmissão)**

No âmbito da Higienização das Mãos verifica-se que 60% dos Enfermeiros (Enf) higieniza as mãos antes do contacto com o doentes, enquanto 40% não higieniza as mãos antes do contacto como doente.



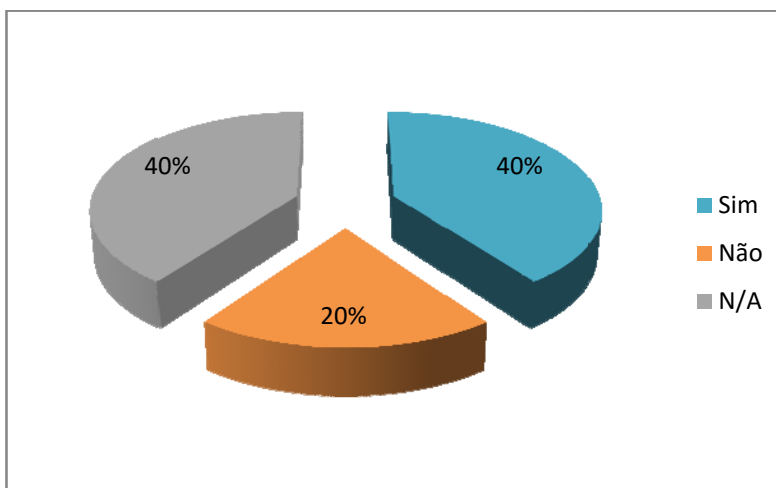
**Gráfico IV – Distribuição de Enf quanto à higienização das mãos**

55% de Assistentes Operacionais (AO) higieniza as mãos antes do contacto com o doente, enquanto 45% não procede à higienização antes do contacto com o doente.



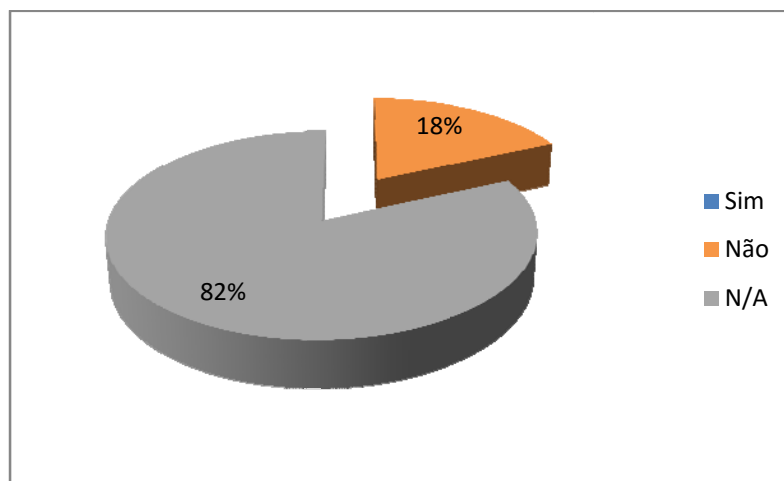
**Gráfico V – Distribuição de AO quanto à higienização das mãos**

Nas observações efetivadas 40% dos enfermeiros procederam à higiene das mãos antes da realização de procedimentos assépticos, enquanto 20% não respeitaram este enunciado. No total das observações 40% não se aplicou este enunciado pela natureza do cuidados prestado.



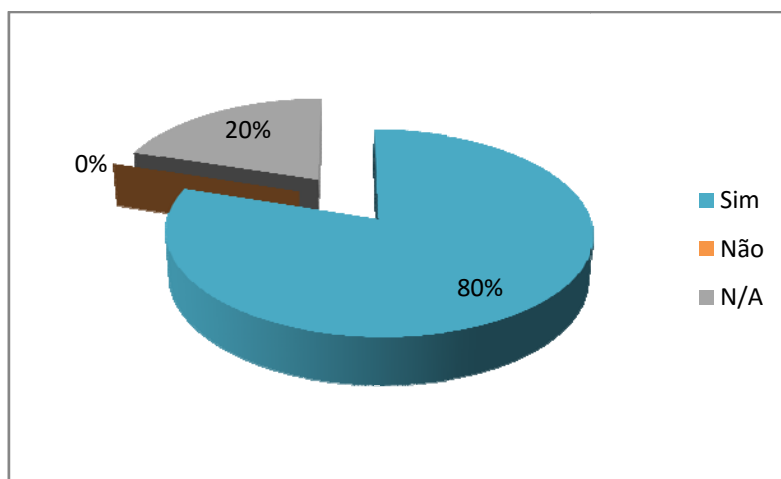
**Gráfico VI – Distribuição de Enf que higieniza as mãos antes de procedimentos assépticos**

Relativamente à ação dos assistentes operacionais, em 82% das observações não se aplica o enunciado em causa.



**Gráfico VII – Distribuição de AO que higieniza as mãos antes de procedimentos assépticos**

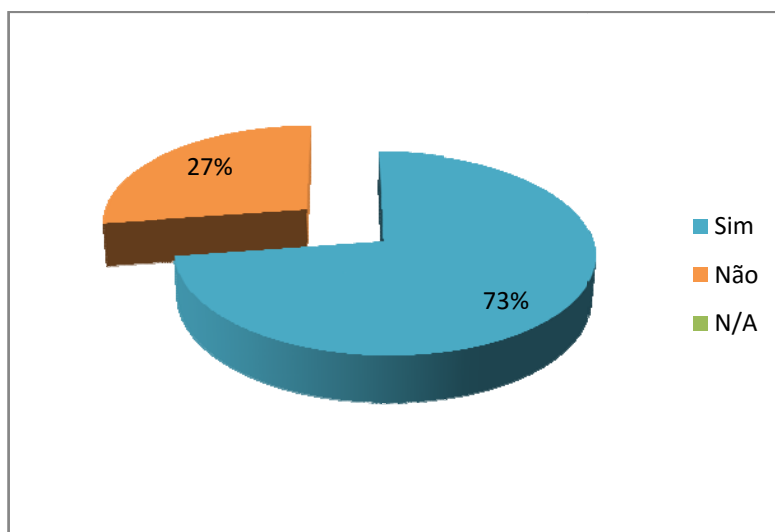
Aquando do risco de exposição a fluidos orgânicos 80% dos enfermeiros higieniza aos mãos após exposto ao risco. 20% das observações não se aplica o presente enunciado.



**Gráfico VIII – Distribuição de Enf que higieniza as mãos após o risco de exposição a fluidos orgânicos**

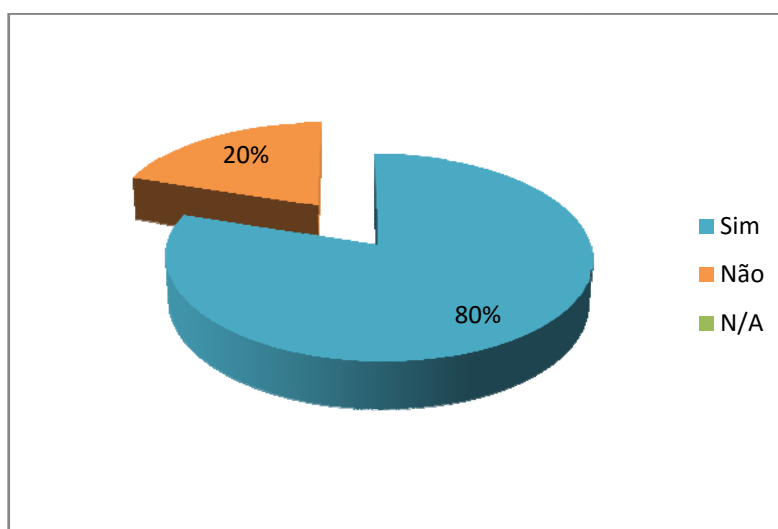


73% dos assistentes operacionais respeita este enunciados, enquanto 27% não realiza higienização das mãos após o risco de exposição a fluidos orgânicos.



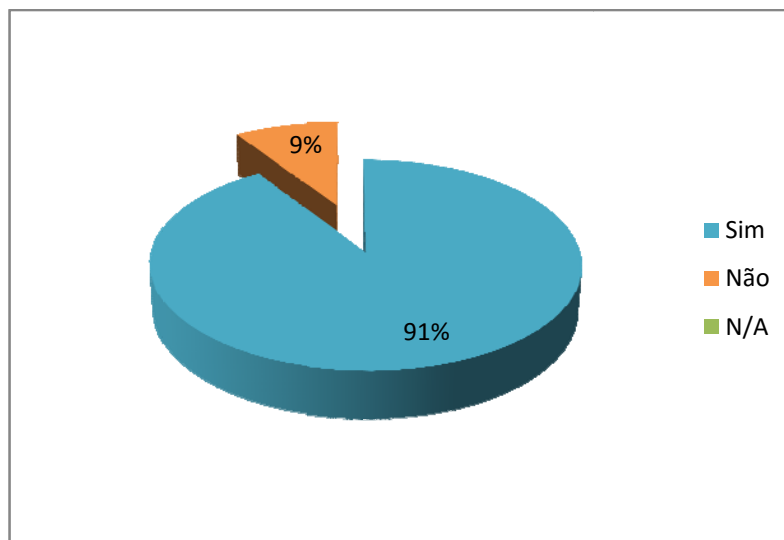
**Gráfico IX – Distribuição de AO que higieniza as mãos após o risco de exposição a fluidos orgânicos**

Após o contacto com doente 80% dos enfermeiros higieniza as mãos após contactar com o doente ou com a sua unidade, enquanto 20% não procede à higienização neste momento.



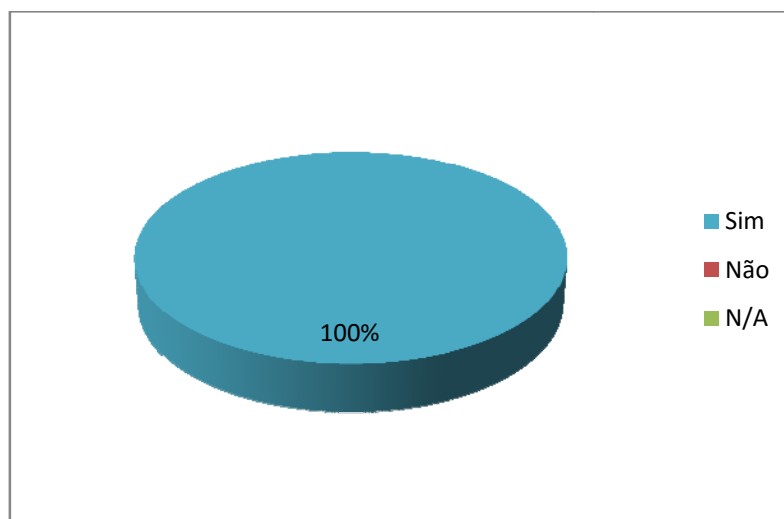
**Gráfico X – Distribuição de Enf que higieniza as mãos após contactar com o doente ou a sua unidade**

No decorrer das observações realizadas verificou-se que 91% dos assistentes operacionais higienizam as mãos após o contacto com o doente ou com a sua unidade. 9% desta categoria profissional não respeita o enunciado em causa



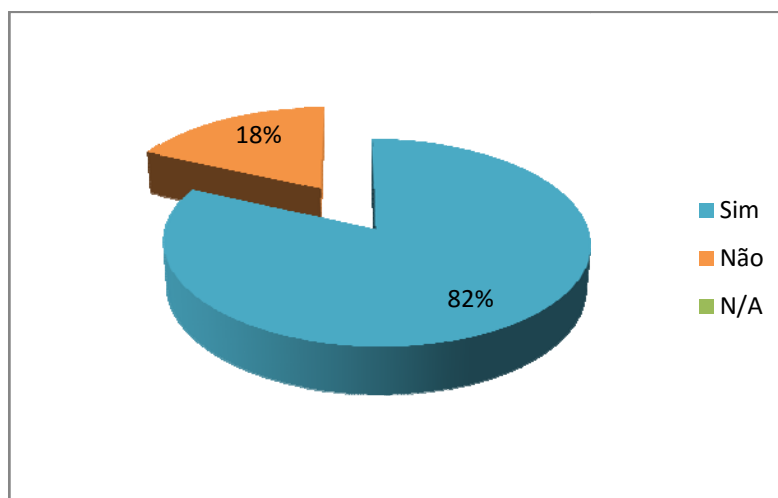
**Gráfico XI – Distribuição de AO que higieniza as mãos após contactar com o doentes ou a sua unidade**

A totalidade dos enfermeiros higieniza as mãos após a remoção do equipamento de proteção individual. 31% não cumpriu o determinado.



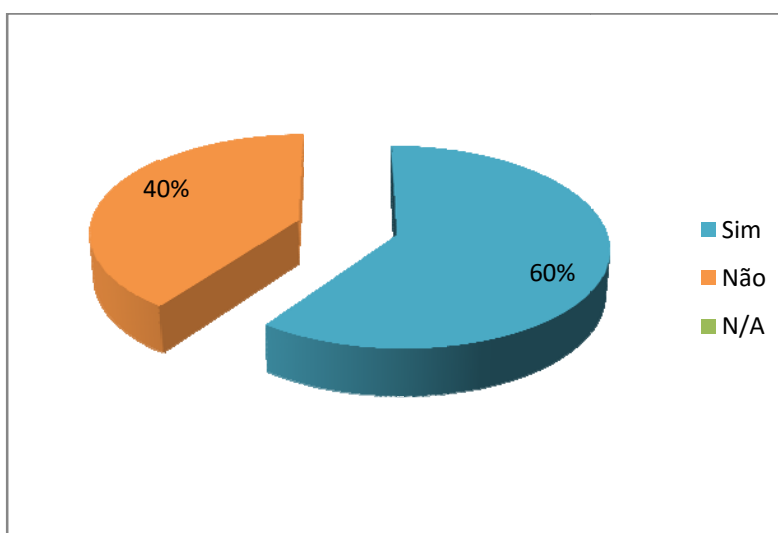
**Gráfico XII – Distribuição de Enf que higieniza as mãos após a remoção do equipamento de proteção individual**

82% dos assistentes operacionais higieniza as mãos após a remoção do equipamento de proteção individual enquanto 18% não cumpriu o definido neste enunciado.



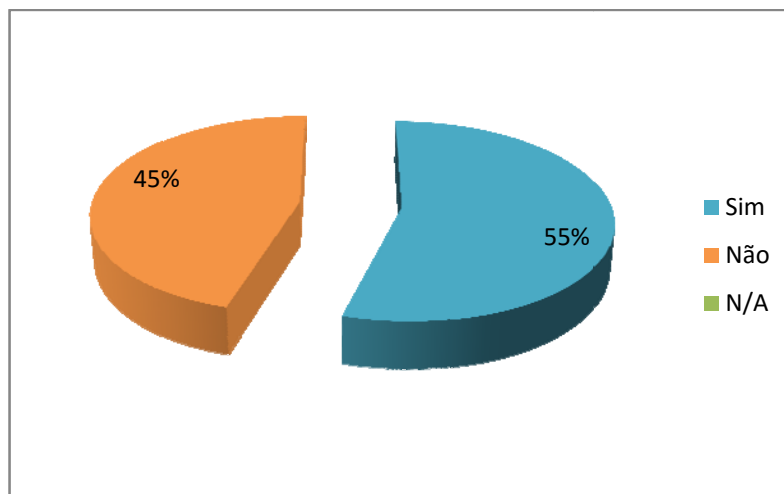
**Gráfico XIII – Distribuição de AO que higieniza as mãos após a remoção do equipamento de proteção individual**

Ainda no âmbito da higienização das mãos, 60% dos enfermeiros utiliza adequadamente os produtos disponíveis, nomeadamente SABA e sabão, enquanto 40% não utiliza os recursos devidamente.



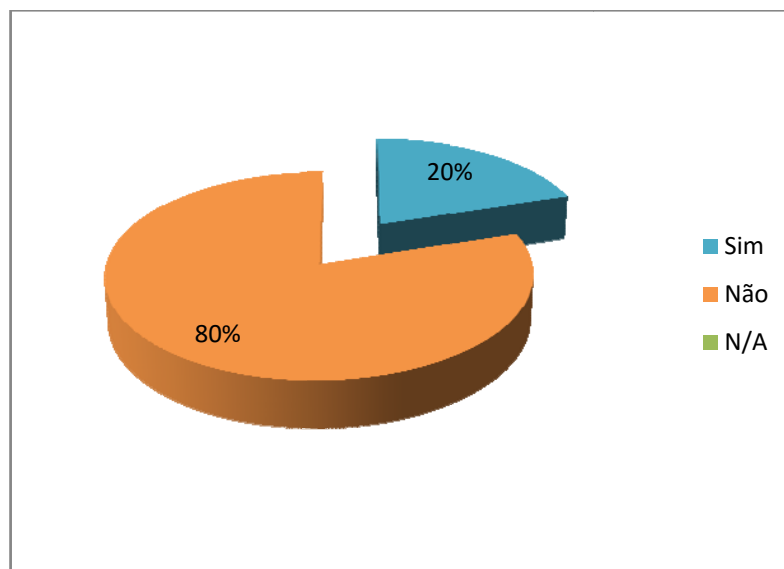
**Gráfico XIV – Distribuição de Enf que utiliza adequadamente os produtos disponíveis (SABA e sabão)**

Ainda na observação do mesmo enunciado, 55% dos assistentes operacionais utiliza corretamente os produtos disponíveis, já 45% não faz um bom uso das soluções.



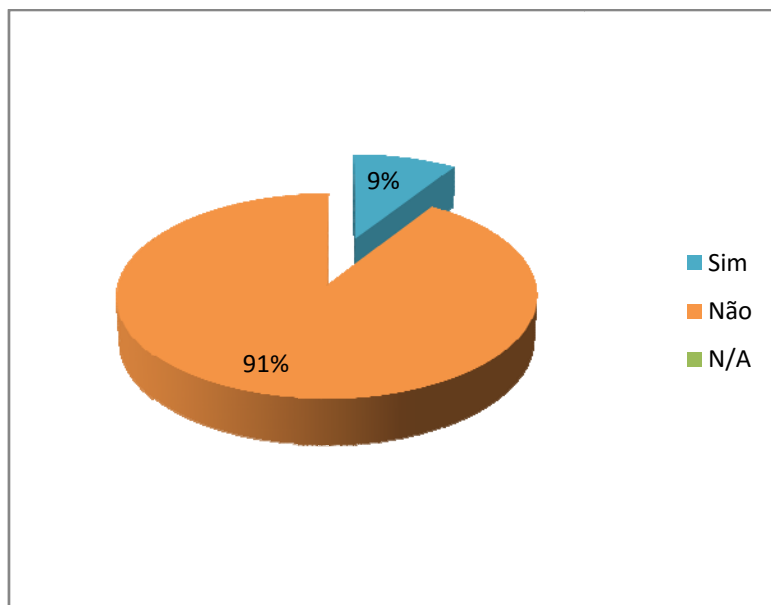
**Gráfico XV – Distribuição de AO que utiliza adequadamente os produtos disponíveis (SABA e sabão)**

20% dos enfermeiros retira joias e adornos das mãos e antebraços antes de iniciar a higienização das mãos, cumprindo a técnica de higiene das mãos. 80% dos enfermeiros não cumpre a técnica de higiene das mãos.



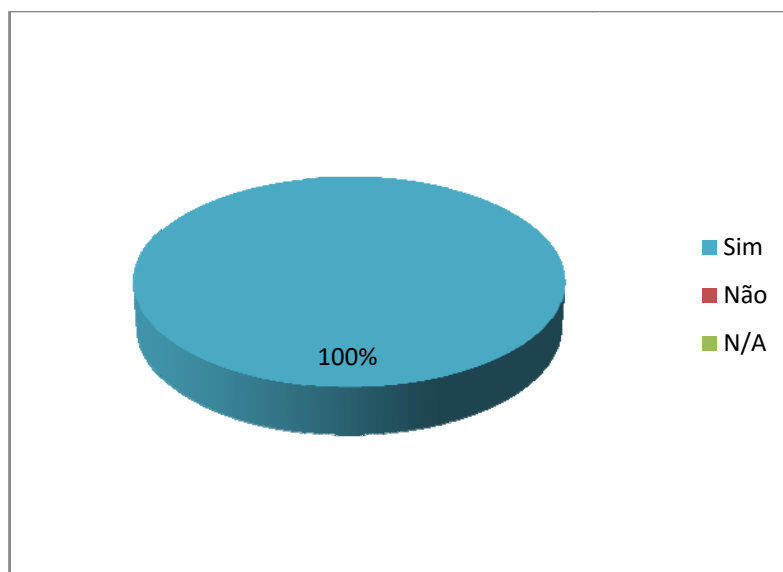
**Gráfico XVI – Distribuição de Enf que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento (retira jóias e adornos das mãos e antebraços antes de iniciar)**

91% dos assistentes operacionais não cumpre a técnica de higiene das mãos, enquanto 9% retira jóias e adornos das mãos e antebraços antes de iniciar a higienização, cumprindo a técnica de higienização



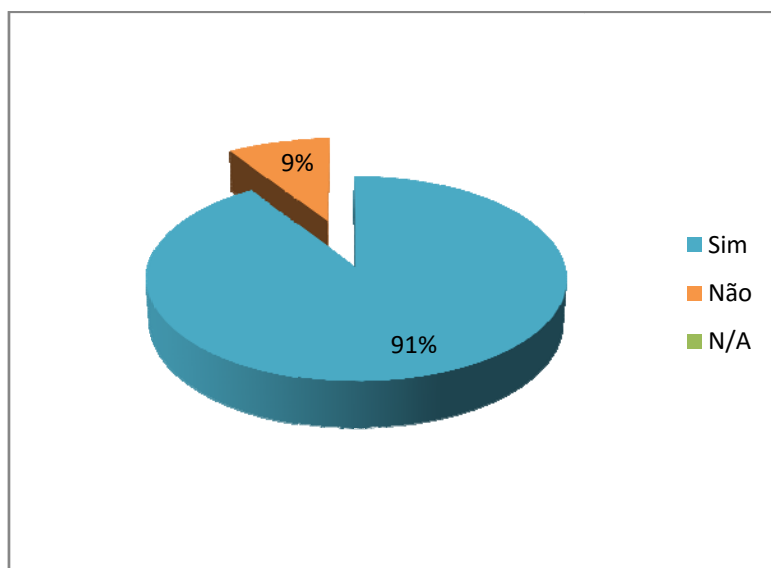
**Gráfico XVII – Distribuição de AO que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento - retira jóias e adornos das mãos e antebraços antes de iniciar**

A totalidade dos enfermeiros (100%) cumpre a técnica de higiene das mãos - apresenta unhas limpas, curtas, sem verniz.



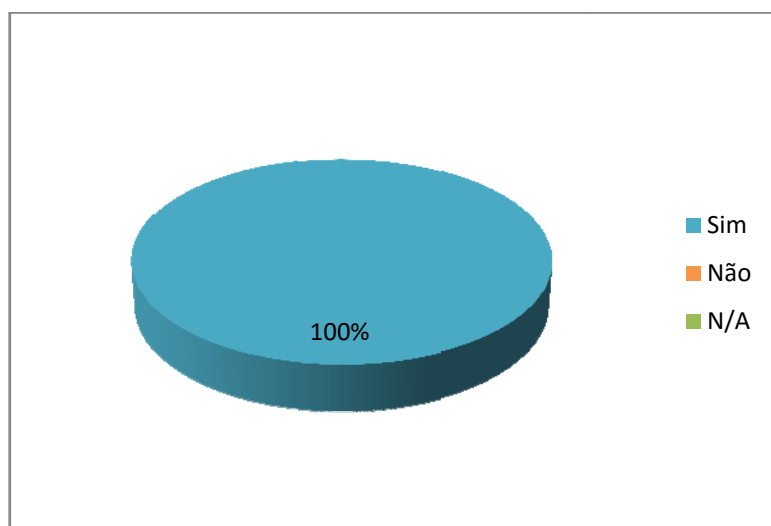
**Gráfico XVIII – Distribuição de Enf que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – apresenta unhas, limpas, curtas, sem verniz**

91% dos assistentes operacionais cumpre a técnica de higiene das mãos - apresenta unhas limpas, curtas, sem verniz, enquanto 9% não cumpre este requisito.



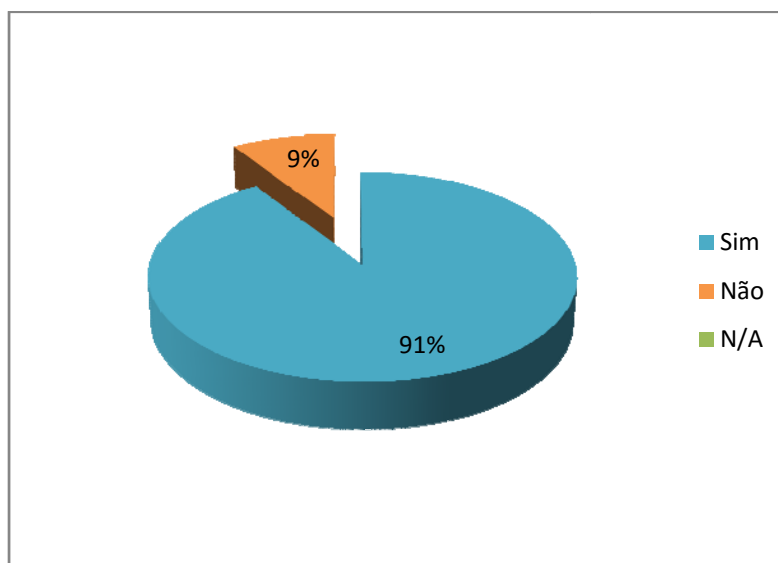
**Gráfico XIX – Distribuição de AO que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – apresenta unhas, limpas, curtas, sem verniz**

100% dos enfermeiros não utilizam unhas artificiais, cumprindo assim a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento.



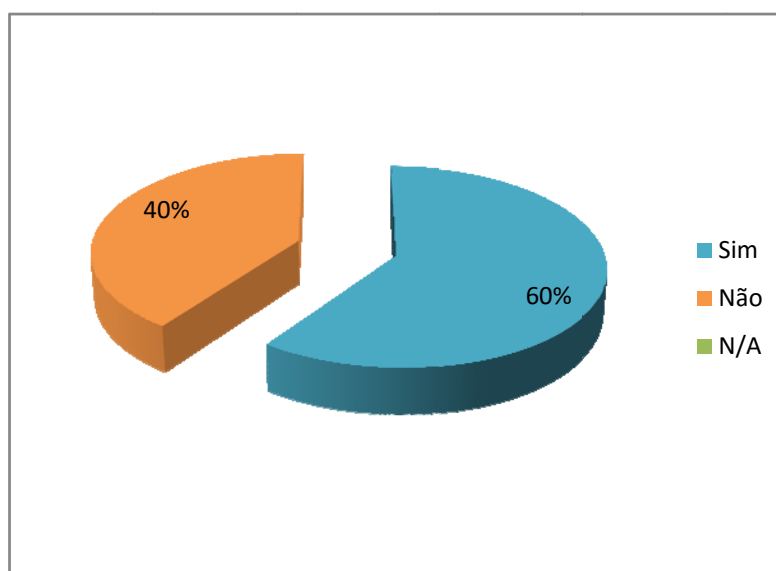
**Gráfico XX – Distribuição de Enf que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – sem utilização de unhas artificiais**

9% dos assistentes operacionais utilizam unhas artificiais, contrariando a correta técnica, sendo que 91% cumprem a não utilização.



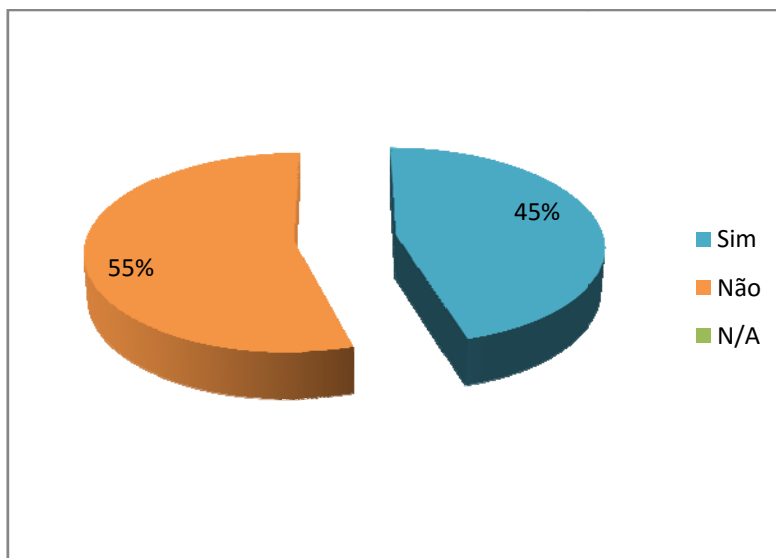
**Gráfico XXI – Distribuição de AO que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – sem utilização de unhas artificiais**

No decorrer das observações 60% dos enfermeiros aplicam corretamente o produto utilizado aquando da higienização das mãos, sendo que os restantes 40% não utilizam corretamente o produto, não cumprindo deste modo a técnica de higiene das mãos adequada.



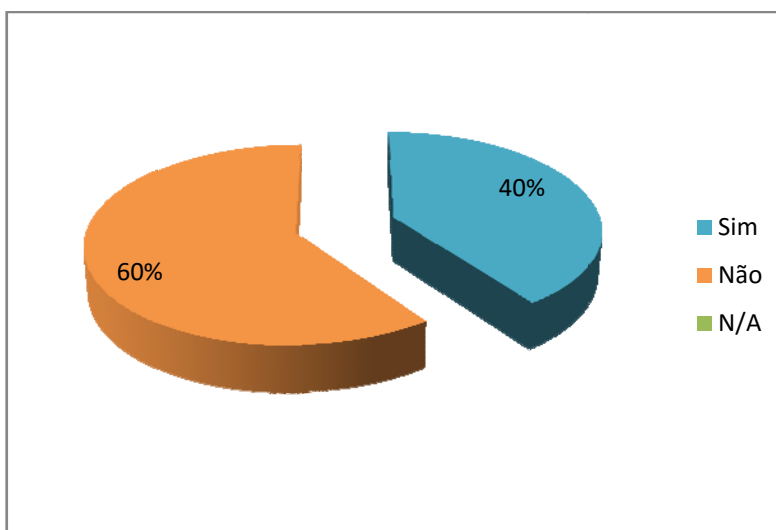
**Gráfico XXII – Distribuição de Enf que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – aplica corretamente o produto a usar**

Verificou-se que 45% dos assistentes operacionais aplicam corretamente o produto utilizado aquando da higienização das mãos, sendo que os restantes 55% não utilizam corretamente o produto, não cumprindo assim a técnica de higiene das mãos adequada.



**Gráfico XXIII – Distribuição de AO que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – aplica corretamente o produto a usar**

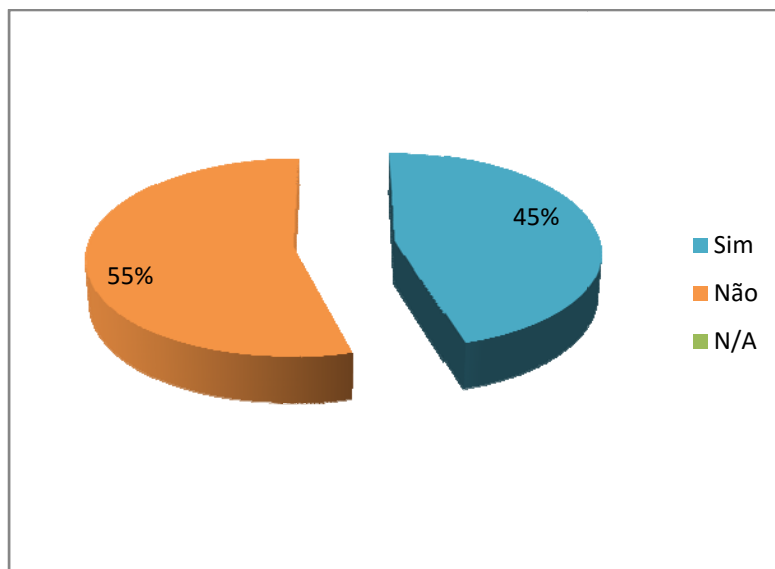
40% dos enfermeiros, no âmbito da higienização das mãos, friccionam as mãos respeitando a técnica, os tempos de contacto e as áreas a abranger. 60% dos enfermeiros não cumprem este aspeto.



**Gráfico XXIV – Distribuição de Enf que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – fricciona as mãos respeitando a técnica, os tempos de contacto e as áreas a abranger**

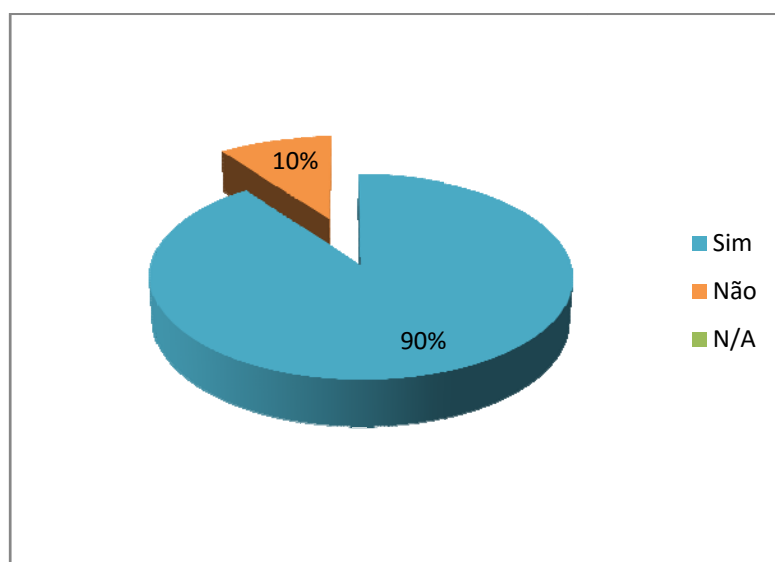


55% dos assistentes operacionais, não cumprem a correta higienização das mãos, não friccionando as mãos não cumprindo ainda os tempos de contacto e as áreas a abranger. Enquanto 45% cumpre o enunciado em causa.



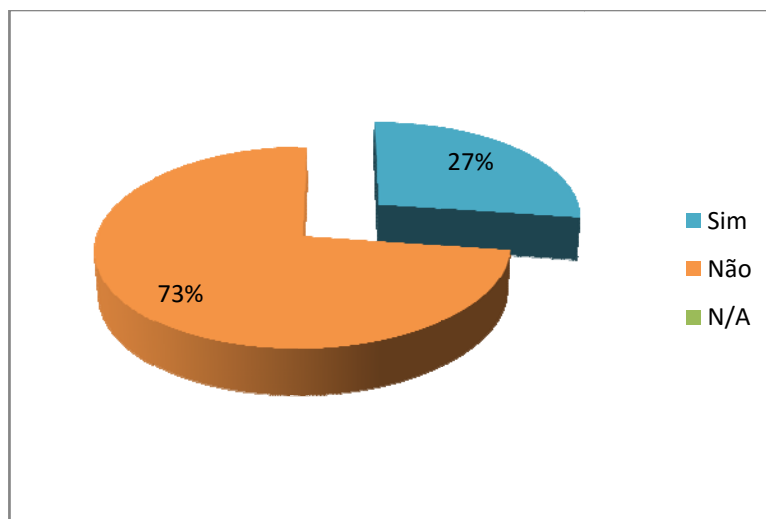
**Gráfico XXV – Distribuição de AO que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – fricciona as mãos respeitando a técnica, os tempos de contacto e as áreas a abranger**

90% dos profissionais observados secam/deixam secar bem as mãos após a sua higienização, 10% dos observados não cumpriu o enunciado.



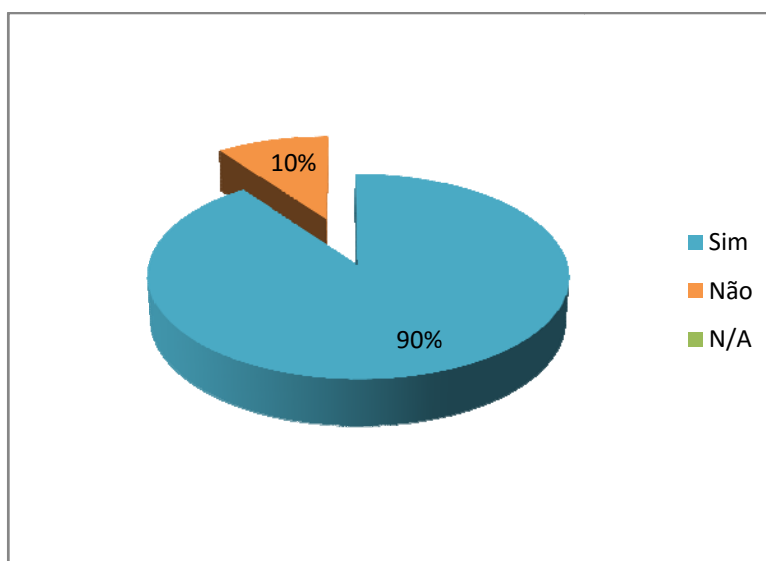
**Gráfico XXVI – Distribuição de Enf que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – seca/deixa secar bem as mãos**

27% dos assistentes operacionais cumprem este enunciado, em contrapartida 73% não cumprem, colocando em causa a correta higienização das mãos.



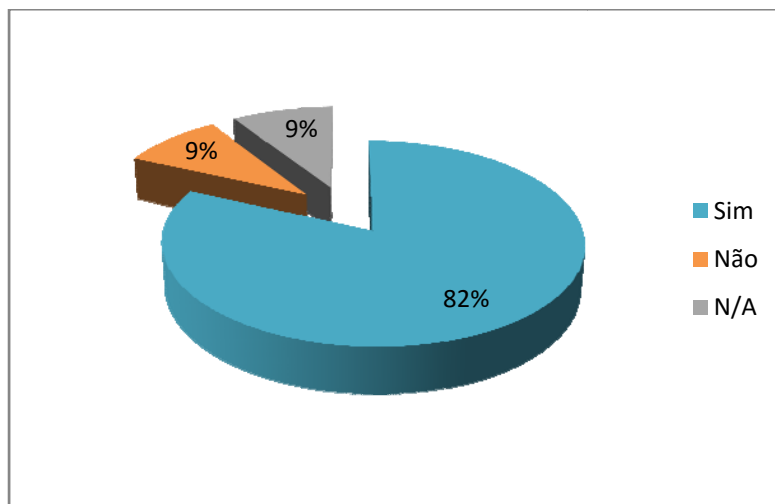
**Gráfico XXVII – Distribuição de AO que cumpre a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento – seca/deixa secar bem as mãos**

No âmbito da utilização de equipamento de proteção individual, são vários os enunciados a serem observados por forma a averiguar se o equipamento de proteção individual é colocado de forma preconizada. Assim, 90% dos enfermeiros reúnem todo o material que irão utilizar na prestação de cuidados antes de entrarem no quarto/unidade da pessoa em situação de isolamento. Observamos que 10% destes profissionais esqueceram algum material tendo posteriormente que o solicitar a outro colega.



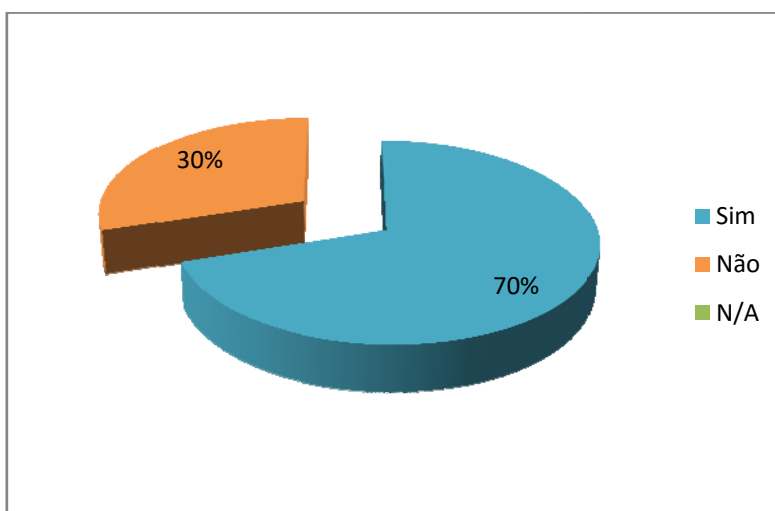
**Gráfico XXVIII – Distribuição de Enf que reúne o material necessário**

82% dos assistentes operacionais reúne o material necessário à sua prestação de cuidados, já 9% destes profissionais não reúne tudo o que necessita antes de entrar no quarto/unidade. 9% do observado não se aplica este enunciado, pois a entrada no quarto/unidade deve-se por outras razões, nomeadamente a distribuição das refeições.



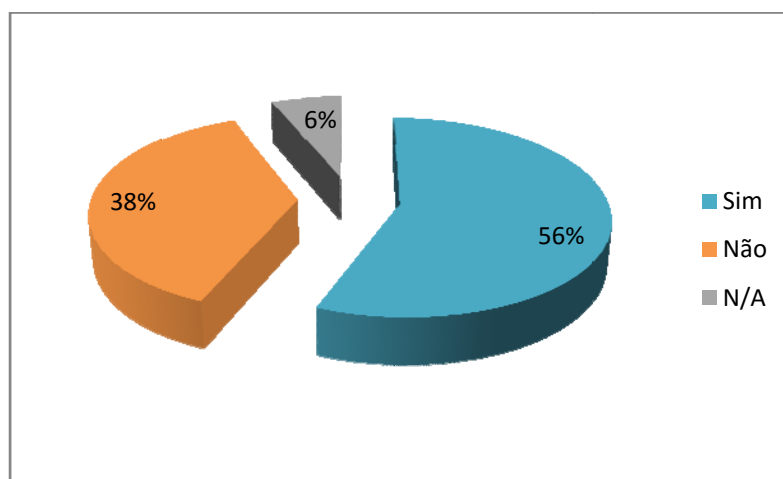
**Gráfico XXIX – Distribuição de AO que reúne o material necessário**

70% dos enfermeiros assegura a existência de um local onde depositar o material usado, enquanto os restantes 30% não asseguram esta necessidade antes na sua entrada no quarto/unidade da pessoa em isolamento de contacto.



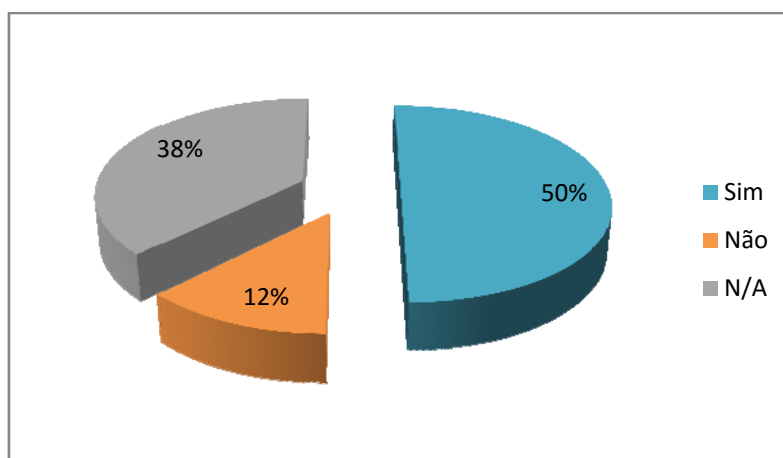
**Gráfico XXX – Distribuição de Enf que assegura a existência de um local onde depositar o material usado**

Nesta linha de pensamento, 56% dos assistentes operacionais asseguram este enunciado, mas observamos que 38% não asseguram esta necessidade. Verificamos que em 6% dos casos este enunciado não se aplica.



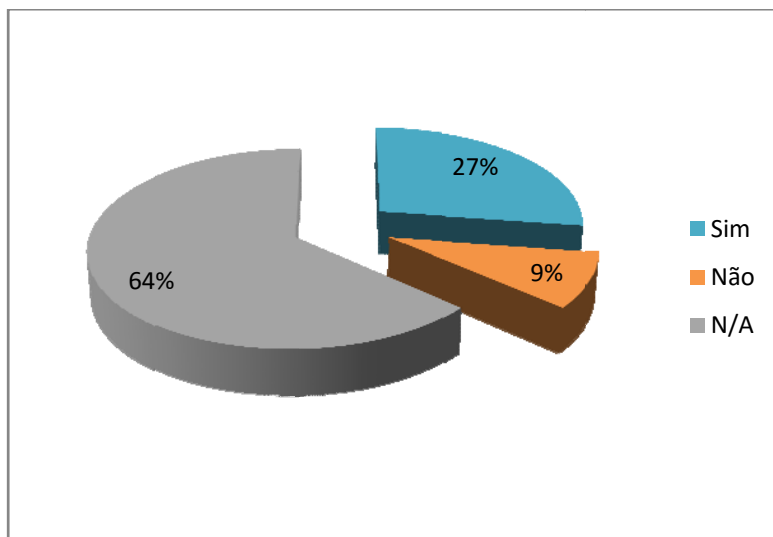
**Gráfico XXXI – Distribuição de AO que assegura a existência de um local onde depositar o material usado**

Impõe-se a utilização de material e/ou equipamento no quarto/unidade da pessoa em situação de isolamento de contacto de forma individualizada. Desta forma 50% dos enfermeiros colocou a bata antes de entrar no quarto/unidade. 12% não cumpriu este requisito. Verificamos que 38% não se aplica este enunciado pois os cuidados prestados são não clínicos e a distancia superior a 1 m.



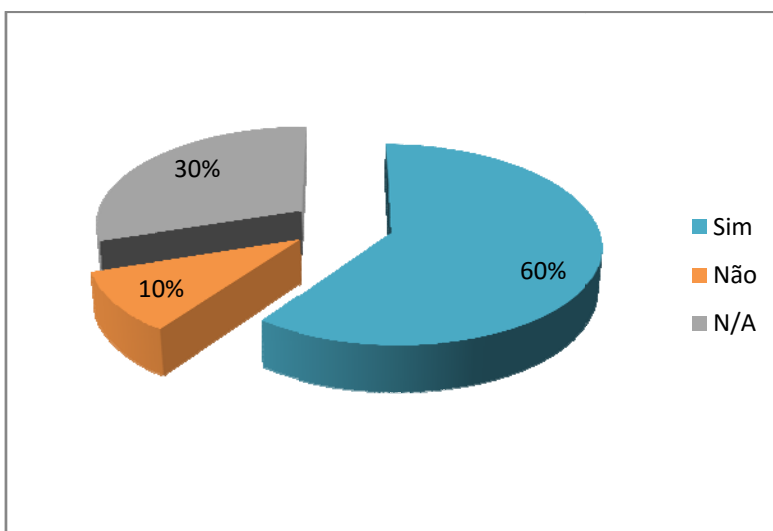
**Gráfico XXXII – Distribuição de Enf que coloca bata**

27% dos assistentes operacionais colocou a bata antes de entrar no quarto/unidade, enquanto 9% não cumpriu este requisito. Aferimos que 64% não se aplica este enunciado pelo motivo expresso anteriormente, à prestação de cuidados não clínicos e a distancia superior a 1 m.



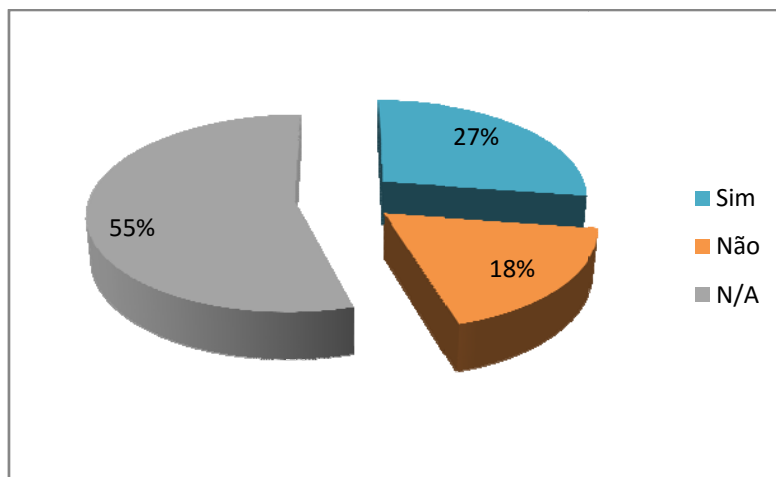
**Gráfico XXXIII – Distribuição de AO que coloca bata**

Relativamente a colocar proteção facial ou máscara e proteção ocular, 60% dos enfermeiros procederam a esta ação, sendo que 10% não cumpriram com este enunciado. 30% não se aplica às intervenções realizadas.



**Gráfico XXXIV – Distribuição de Enf que coloca proteção facial ou máscara e proteção ocular**

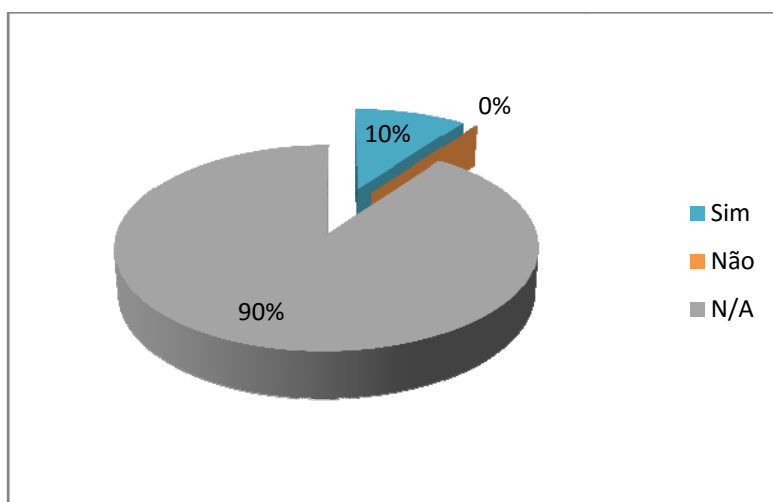
As intervenções realizadas pelos assistentes operacionais não implicaram o cumprimento deste enunciado 55%. 27% destes profissionais colocaram proteção facial ou máscara e proteção ocular. 18% dos profissionais não cumpriram com o procedimento adequado.



**Gráfico XXXV – Distribuição de AO que coloca proteção facial ou máscara e proteção ocular**

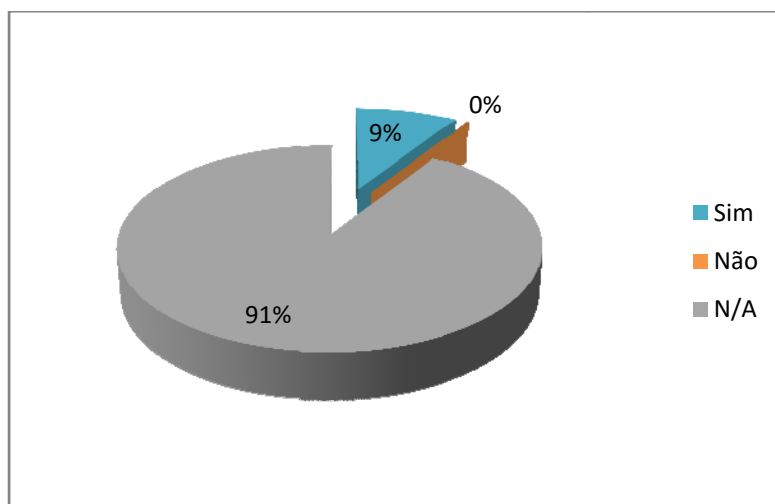
Relativamente à utilização de touca, este procedimento não se aplicou em 90% dos momentos de observação de prestação de cuidados à pessoa em situação de isolamento, na categoria profissional enfermeiros, enquanto 10% cumpriu o enunciado atendendo à natureza do cuidado prestado.

27



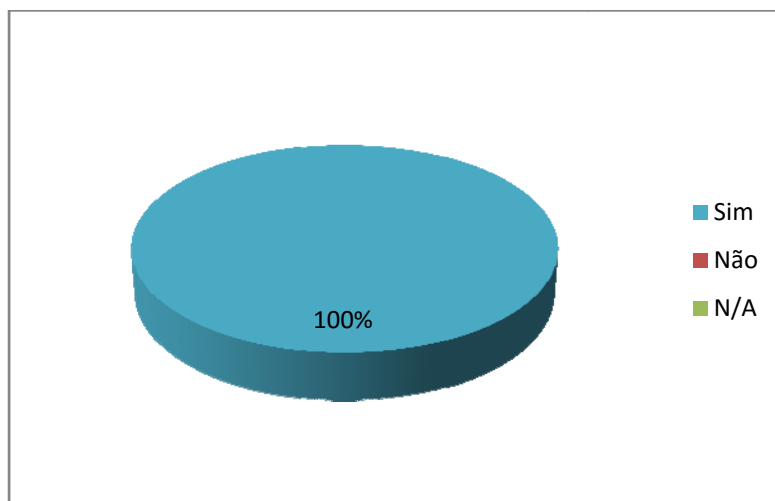
**Gráfico XXXVI – Distribuição de Enf que coloca touca**

Comparativamente a utilização de touca foi cumprida por 9%. O procedimento não se aplicou em 90% dos momentos de observação de prestação de cuidados à pessoa em situação de isolamento, na categoria profissional assistentes operacionais atendendo à natureza do cuidado prestado.



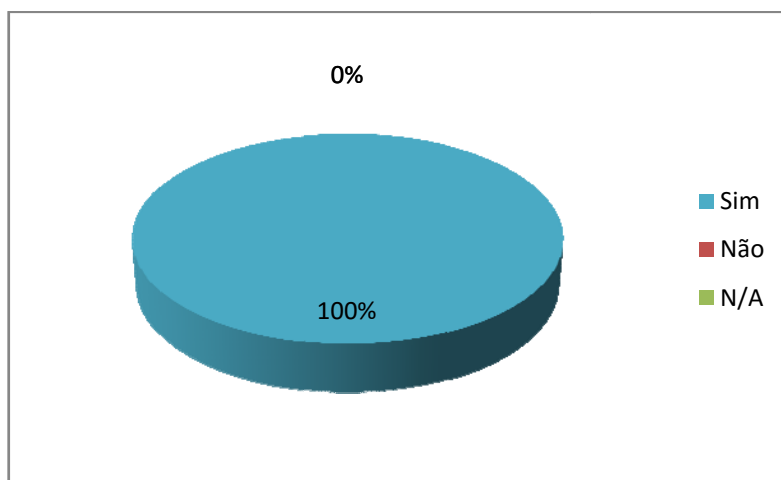
**Gráfico XXXVII – Distribuição de AO que coloca touca**

A utilização de luvas é cumprida por 100% por parte dos profissionais de enfermagem.



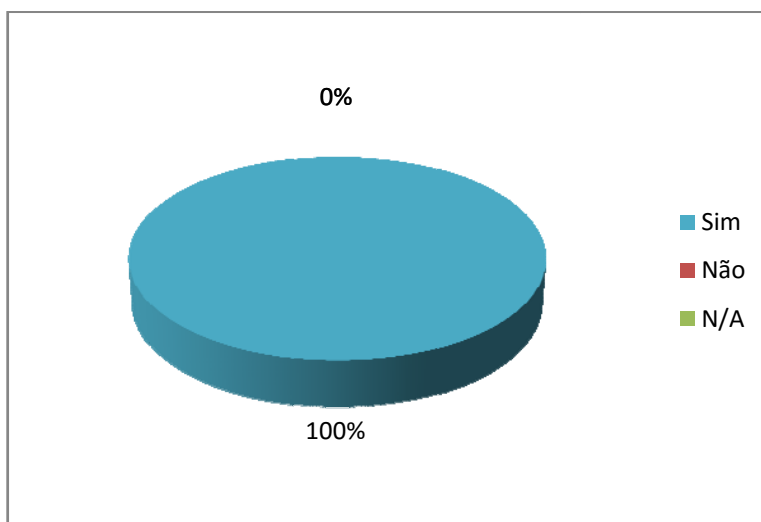
**Gráfico XXXVIII – Distribuição de Enf que coloca luvas)**

100% dos assistentes operacionais recorreram à utilização de luvas, cumprindo o procedimento esperado.



**Gráfico XXXIX – Distribuição de AO que coloca luvas**

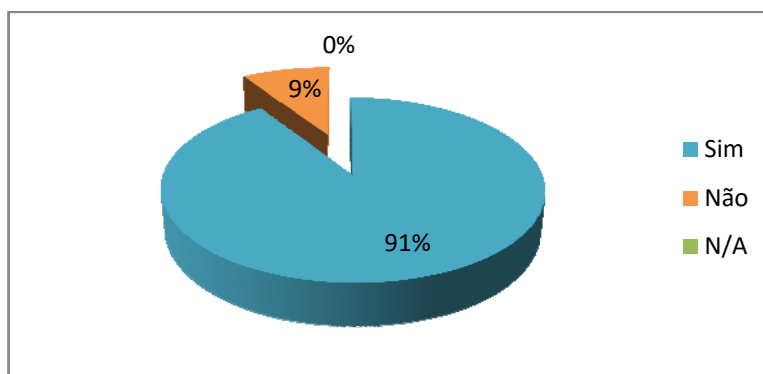
Verificamos, no decorrer das observações, que o tipo de luvas utilizadas foi o adequado ao procedimento a realizar, contabilizando 100%, nos cuidados de enfermagem.



**Gráfico XXXIX – Distribuição de Enf que usa luvas adequadas ao procedimento a realizar**

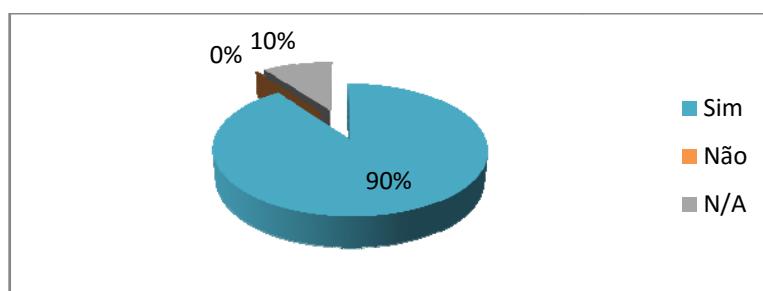


O uso de luvas inadequadas ao cuidado prestado revelou-se 9% pelos assistentes operacionais, enquanto 91% utilizaram o tipo de luvas adequadas.

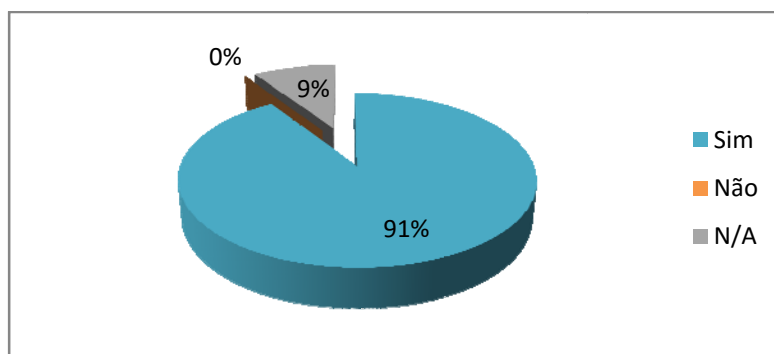


**Gráfico XL – Distribuição de AO que usa luvas adequadas ao procedimento a realizar**

As observações permitiram concluir que 90% dos enfermeiros e 91% dos assistentes operacionais utilizaram luvas quando se antecipa a exposição a sangue ou outros fluidos orgânicos. Nas observações realizadas, em 10% e 9%, nas categorias profissionais de enfermagem e assistentes operacionais, respetivamente, este enunciado não se aplicou pela natureza do cuidado prestado.

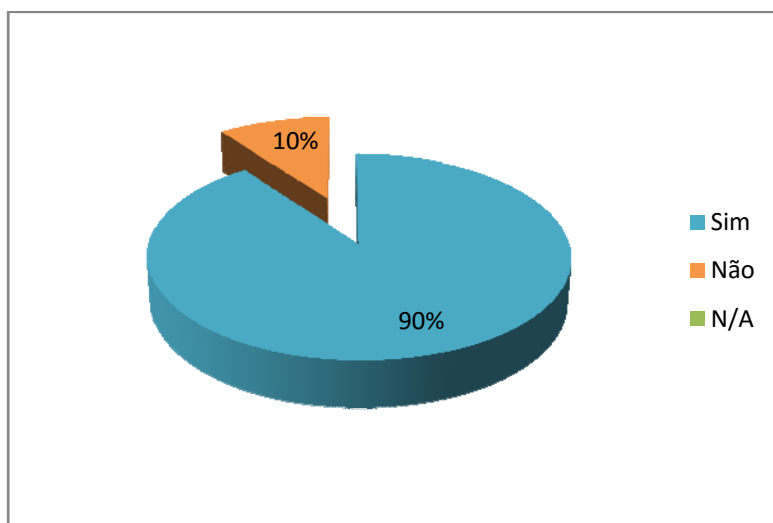


**Gráfico XLI – Distribuição de Enf que usa luvas quando se antecipa a exposição a sangue ou outros fluidos orgânicos**



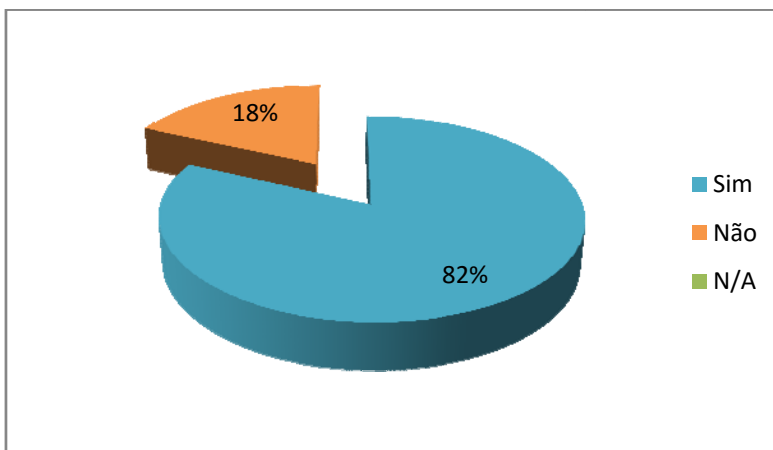
**Gráfico XLII – Distribuição de AO que usa luvas quando se antecipa a exposição a sangue ou outros fluidos orgânicos**

90% dos enfermeiros removem as luvas imediatamente após o procedimento realizado, enquanto 10% não cumprem o enunciado.



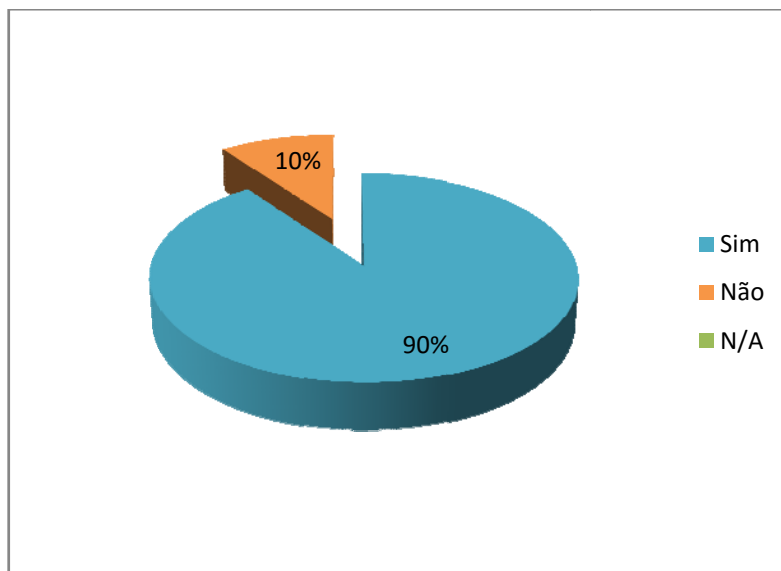
**Gráfico XLIII – Distribuição de Enf que remove luvas imediatamente após o procedimento**

Entre os assistentes operacionais 82% deste profissionais cumpre o enunciado, enquanto 18% não retira as luvas imediatamente após o procedimento realizado.



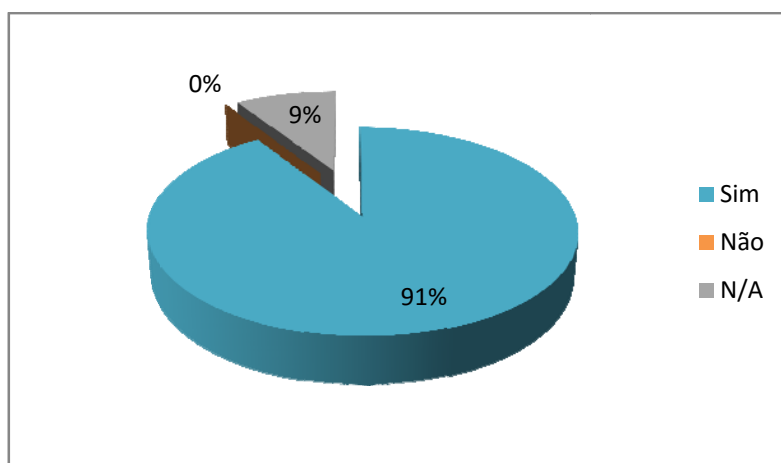
**Gráfico XLIV – Distribuição de AO que remove luvas imediatamente após o procedimento**

Nas situações de realização de procedimentos que envolveram o contacto direto com o doente, 90% dos enfermeiros utiliza avental, em contrapartida 10% não cumpre com este requisito.



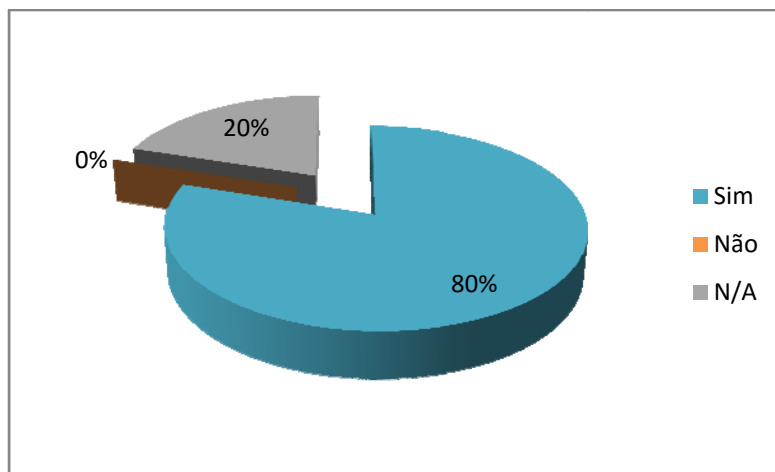
**Gráfico XLV – Distribuição de Enf que usa avental durante procedimentos que envolvam o contacto direto com o doente**

Na categoria profissional assistentes operacionais, aquando da realização de procedimentos que envolveram o contacto direto com o doente, 91% destes profissionais utiliza avental, em 9% este requisito não se aplica.



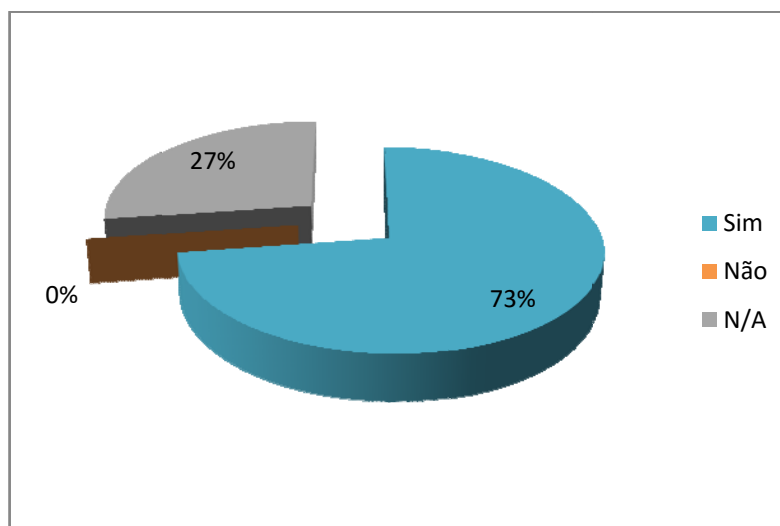
**Gráfico XLVI – Distribuição de AO que usa avental durante procedimentos que envolvam o contacto direto com o doente**

80% dos enfermeiros usam bata quando existe risco acrescido de salpicos de sangue ou fluidos corporais enquanto . Atendendo à natureza dos procedimentos realizados, 20% não se aplica.



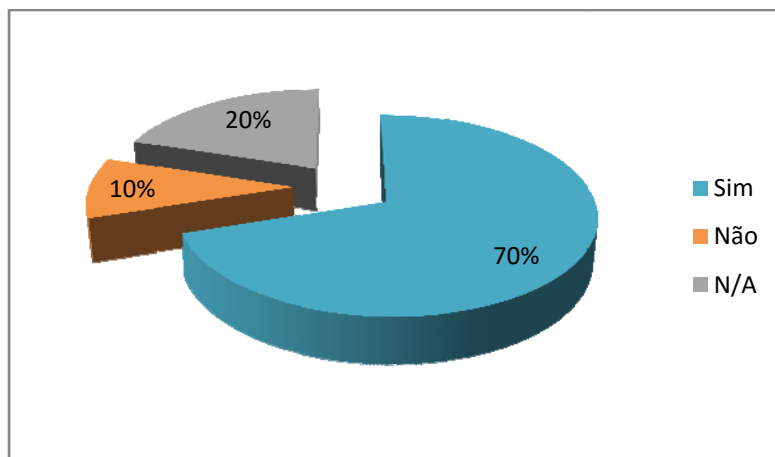
**Gráfico XLVII – Distribuição de Enf que usa bata quando existe risco acrescido de salpicos de sangue ou fluidos corporais**

Relativamente aos profissionais da categoria profissional assistentes operacionais, 64% cumpre com o requisito, 9% não consoma e 27% não se aplica este enunciado.



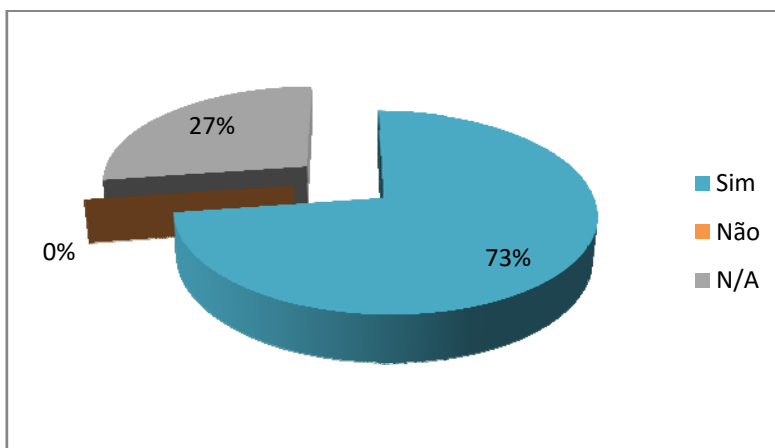
**Gráfico XLVIII – Distribuição de AO que usa bata quando existe risco acrescido de salpicos de sangue ou fluidos corporais**

70% dos enfermeiros apresenta a bata devidamente abotoada/atada atrás, enquanto igual percentagem, 10%, não apresenta bata corretamente abotoada/atada atrás. 20% não se aplica atendendo à natureza dos cuidados.



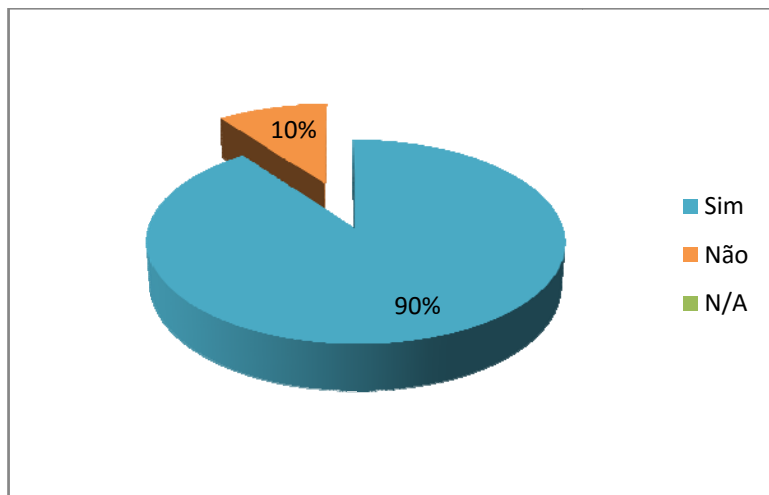
**Gráfico XLIX – Distribuição de Enf que usa bata abotoada/atada atrás**

73% assistentes operacionais apresentam a bata abotoada/atada atrás aquando da prestação de cuidados. Este enunciado não se aplica 27%.



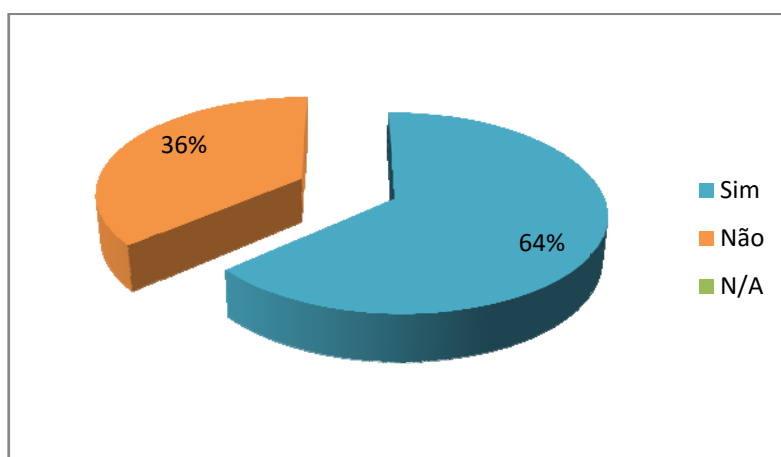
**Gráfico L – Distribuição de AO que usa bata abotoada/atada atrás**

Finalizando o procedimento a executar, 90% dos enfermeiros remove bata/avental imediatamente, 10% não cumpre com esta exigência.



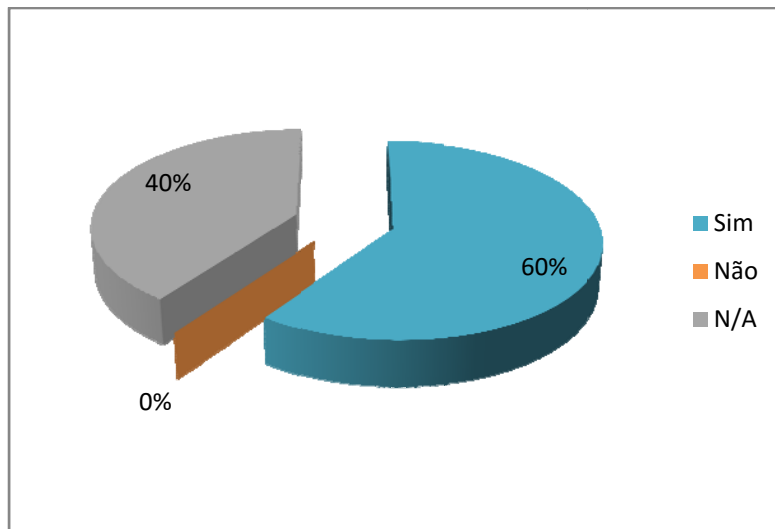
**Gráfico LI – Distribuição de Enf que remove bata/avental imediatamente após o procedimento**

36% dos assistentes operacionais não remove bata/avental imediatamente após o procedimento executado, enquanto 64% cumpre com o requisito, retirando imediatamente após a prestação de cuidados.



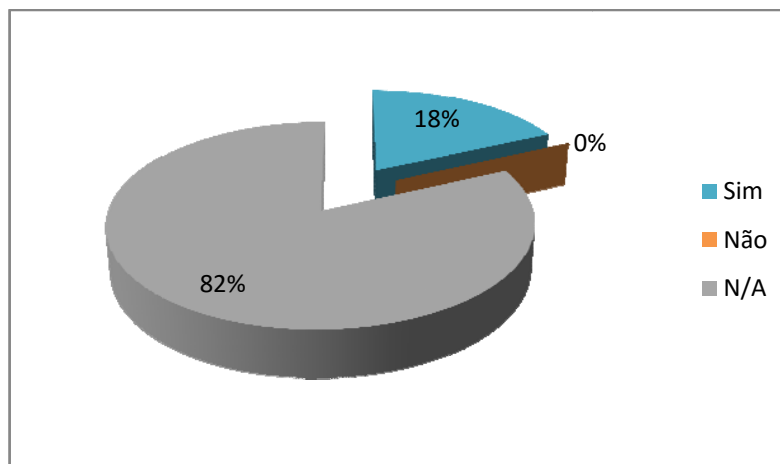
**Gráfico LII – Distribuição de AO que remove bata/avental imediatamente após o procedimento**

Quando existe o risco de salpicos de fluidos orgânicos para a face, 60% dos enfermeiros usam máscara. Das observações realizadas 40% não se aplica devido à natureza do cuidado prestado.



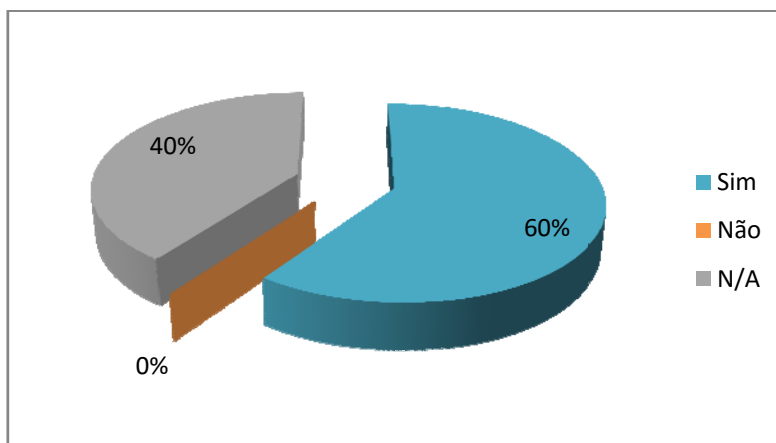
**Gráfico LIII – Distribuição de Enf que usa máscara quando existe o risco de salpicos de fluidos orgânicos para a face**

Relativamente aos assistentes operacionais, 18% cumpre com este enunciado. Em 82% das observações não se aplicou este enunciado.



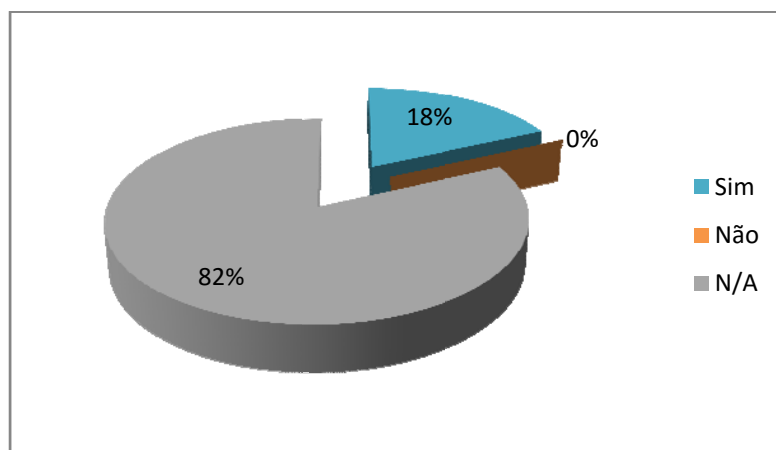
**Gráfico LIV – Distribuição de AO que usa máscara quando existe o risco de salpicos de fluidos orgânicos para a face**

60% dos enfermeiros veste a máscara bem ajustada à face no decorrer das prestações de cuidados. 40% o seu uso não se aplicou.



**Gráfico LV – Distribuição de Enf que usa máscara bem ajustada à face**

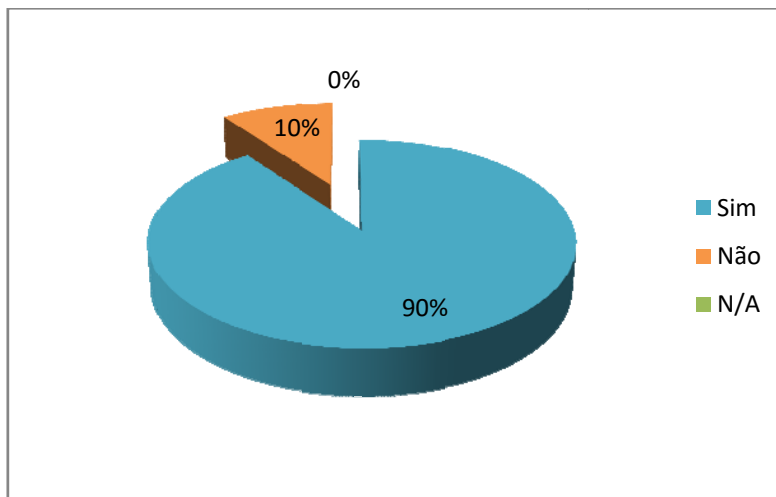
Em contrapartida, verificamos que no decorrer das observações 18% dos assistentes operacionais coloca a máscara bem ajustada. A aplicação do presente enunciado não se aplicou em 82%.



**Gráfico LVI – Distribuição de AO que usa máscara bem ajustada à face**

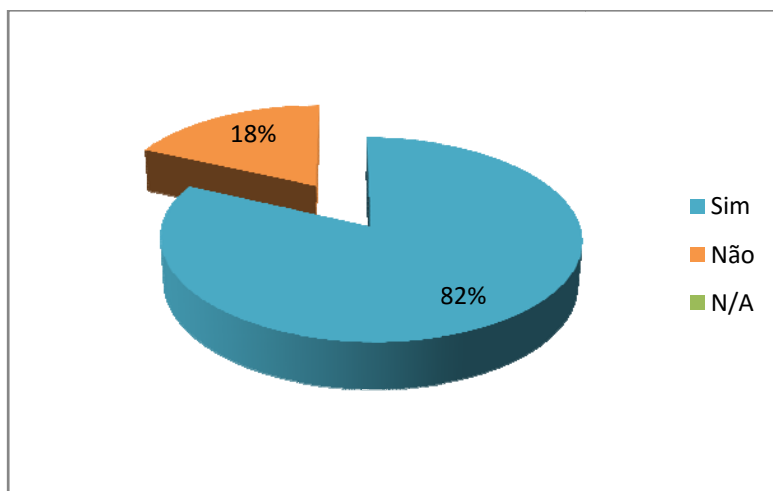


No término do procedimento executado 90% dos enfermeiros observados, removem a máscara, sendo que 10% não consumam o definido.



**Gráfico LVII – Distribuição de Enf que remove máscara no final do procedimento**

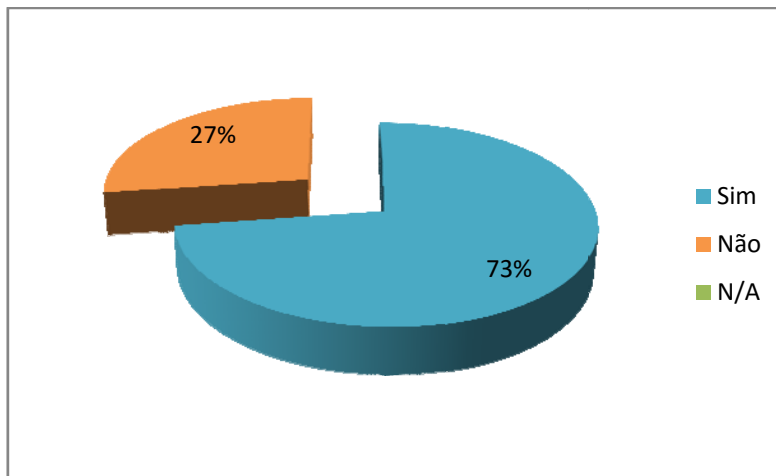
Relativamente ao grupo que constitui a categoria profissional de assistentes operacionais, 18% não remove a máscara no final do procedimento, em compensação 82% destes profissionais cumprem com o desejado, removendo este equipamento logo após ao finalizar da prestação de cuidados.



**Gráfico LVIII – Distribuição de AO que remove máscara no final do procedimento**

A totalidade dos enfermeiros, 100%, apuramos, retira o somatório dos equipamentos de proteção individual empregado no momento que antecede a sua saída do quarto/unidade, pelo que optamos por não apresentar o gráfico correspondente a esta distribuição.

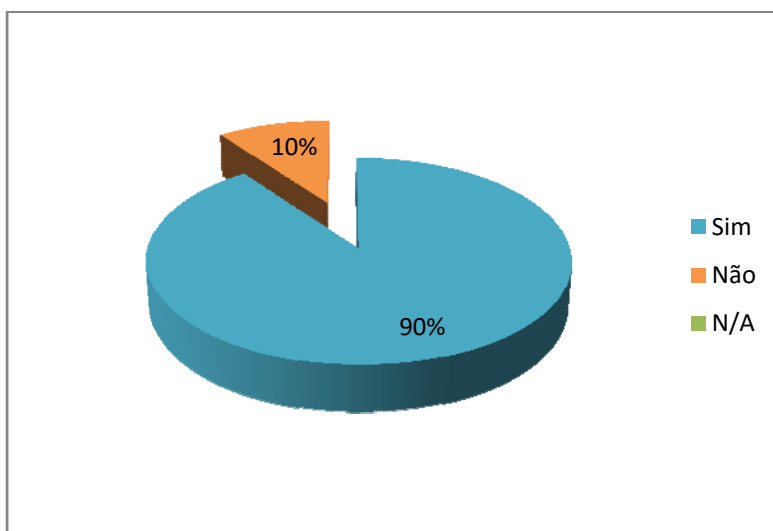
73% dos assistentes operacionais segue este expresse, sendo que os restantes, 25%, não remove a totalidade de equipamentos de proteção individual antes de sair do quarto/unidade da pessoa em isolamento de contacto.



**Gráfico LIX – Distribuição de AO que retira o EPI antes de sair do quarto/unidade**

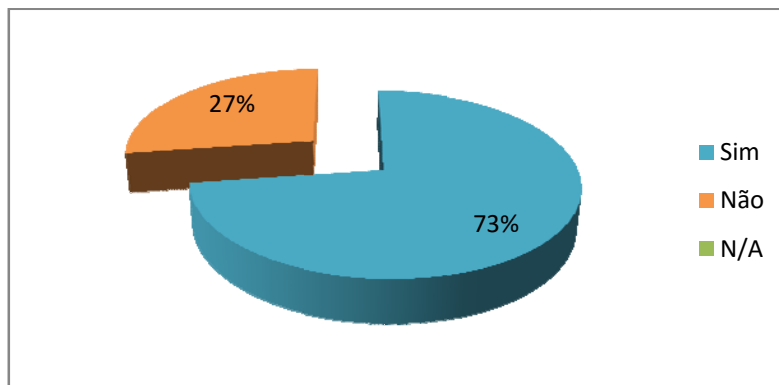
Tão importante como retirar a totalidade do equipamento de proteção individual antes de sair do quarto/ unidade é cumprir a sua retirada da forma preconizada.

90% dos enfermeiros retira bata e luvas enrolando-as para que a parte exposta fique para dentro, já 10% não o faz por esta ordem sequencial.



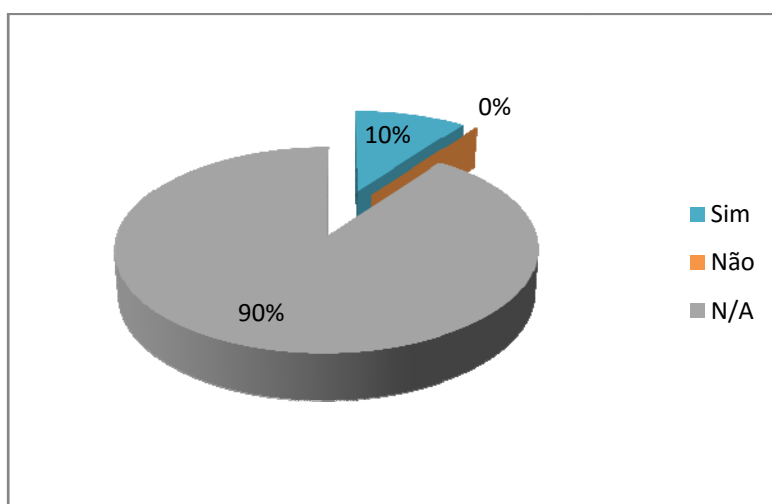
**Gráfico LX – Distribuição de Enf que retira bata e luvas enrolando-as para que a parte exposta fique para dentro**

Aferimos analogamente aos assistentes operacionais que 73% destes profissionais praticam corretamente a retirada dos dispositivos bata e luvas enrolando-as para que a parte exposta fique voltada para dentro. 27% ao executar a retirada não cumpre a correta ordem sequencial.



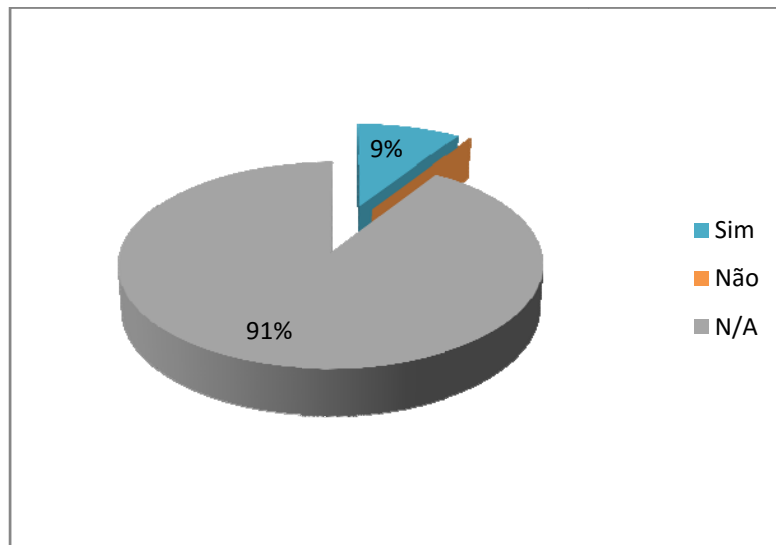
**Gráfico LXXI – Distribuição de AO que retira bata e luvas enrolando-as para que a parte exposta fique para dentro**

A retirada da touca, enquanto equipamento de proteção individual, é um procedimento cumprido por 10% equipa enfermagem, sendo que em 90% dos casos o enunciado não foi aplicado durante as observações realizadas.



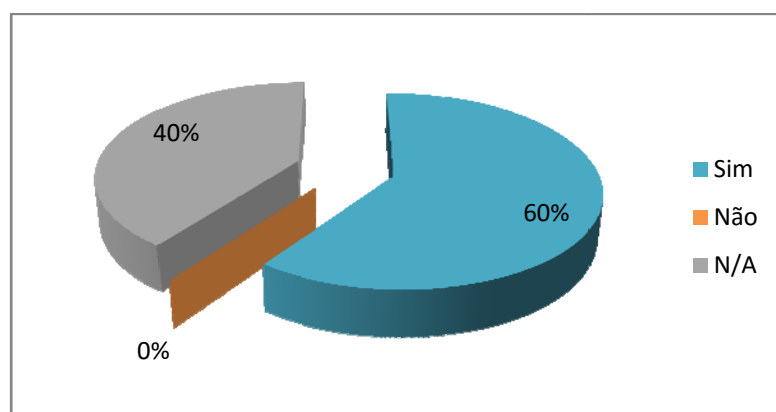
**Gráfico LXXII – Distribuição de Enf que retira touca**

Concludentemente, não são apresentados os gráficos representativos desta distribuição.



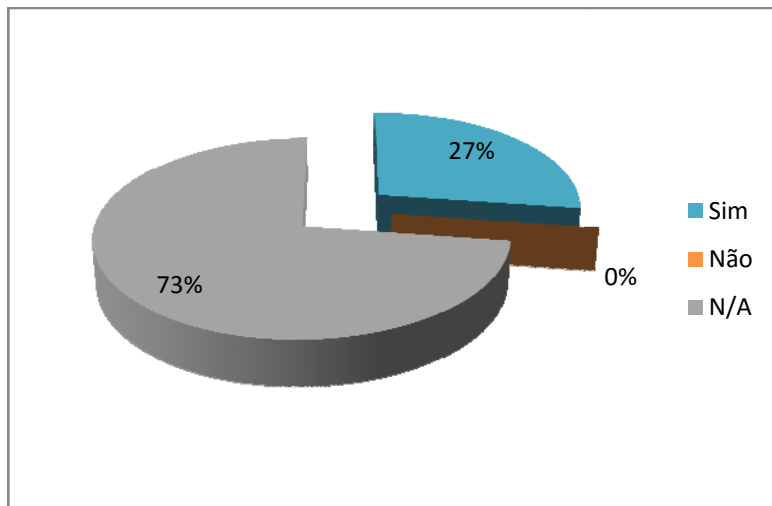
**Gráfico LXIII – Distribuição de AO que retira touca**

A proteção facial ou proteção ocular e máscara deverá ser retirada acatando sempre a esta ordem, tocando sempre nos elásticos e nunca na parte da frente. Averiguamos, no decorrer das observações, que 60% dos enfermeiros cumpre o presente enunciado. No suceder da colheita de dados, em 40% das observações não se aplica este enunciado.



**Gráfico LXIV – Distribuição de Enf que remove a proteção facial ou proteção ocular e máscara (obedecendo a esta ordem, tocando sempre nos elásticos e nunca na parte da frente)**

O cumprimento dos enunciados em observação são comuns a todos os indivíduos que entram no quarto unidade/unidade da pessoa em situação de isolamento de contacto. Assim, 27% dos assistentes operacionais remove a proteção facial ou proteção ocular e máscara (obedecendo a esta ordem, tocando sempre nos elásticos e nunca na parte da frente). 73% das observações, não se aplicou este enunciado.



**Gráfico LXV – Distribuição de AO que remove a proteção facial ou proteção ocular e máscara (obedecendo a esta ordem, tocando sempre nos elásticos e nunca na parte da frente)**

Analisando cuidadosamente os dados obtidos verificamos que a pessoa sujeita a situação de isolamento de contacto se encontra sempre colocado em local que minimize o risco de transmissão cruzada, encontrando o doente em isolamento geográfico (sempre disponível nas observações realizadas no período em causa). O quarto/unidade da pessoa encontrou-se sempre sinalizado com cartaz de identificação de isolamento, adequado à via de transmissão (transmissão por contacto).

Sucedem medidas gerais em caso de isolamento, sendo que todos os profissionais deverão cumprir as precauções universais, proceder à higienização das mãos, utilizar material e/ou equipamento na unidade do doente de forma individualizada.

A higiene das mãos é considerada a medida primordial na redução do risco de transmissão de microrganismos entre indivíduos ou mesmo de uma zona do corpo para outra, no mesmo indivíduo. Os profissionais de saúde devem proceder à correta higienização das mãos em cinco momentos, propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no decorrer da prática clínica. Os cinco momentos para realizar a higiene das mãos na prática clínica são (1) antes do contacto com o doente; (2) antes de procedimentos limpos/assépticos; (3) após risco de exposição a fluidos orgânicos; (4) após contacto com o doente e (5) após contacto com o ambiente envolvente do doente.

Decompondo os dados colhidos no decorrer das observações levadas a cabo concluímos, independentemente da categoria profissional, ser um aspeto alvo de maior atenção.

Atendendo que os enfermeiros e assistentes operacionais são quem mais permanece em contacto físico com a pessoa em situação de isolamento, estando consequentemente mais expostos ao risco de infeção, mas são também um elo de transmissão de infeção. Desta forma os profissionais deverão conhecer e adotar o uso de equipamento de proteção individual. Os dados obtidos permitem-nos concluir que se verificaram resultados a nível de aquisição de novas competências e na mudança de comportamentos. Importa, pois, manter a equipa motivada de forma a fomentar uma cultura de segurança. Importa manter a supervisão da equipa baseada na aprendizagem visando a prestação de cuidados de excelência.

## **2 – Conclusão**

Aquando da prestação de cuidados, a higienização das mãos e o uso devido de equipamento de proteção individual são o método mais eficaz de contrariar a propagação de doenças transmissíveis a todos os que contactam com o doente (sejam profissionais ou visitas/acompanhantes) e entre doentes, mas também a contaminação do ambiente circundante. Por outro lado, a ausência ou deficiente higienização das mãos e o uso incorreto do equipamento de proteção individual contribuirá para o risco acrescido de propagação de microrganismos, contribuindo para o aumento da probabilidade de transmissão cruzada de infeções. A ressaltar que a correta adoção das precauções básicas salvaguarda quer os profissionais de saúde quer a pessoa internada.

Atendendo à procura de melhorar os conhecimentos e as qualificações procurámos articular e difundir definições claras do papel de cada profissional no seu da equipa, para que não se limite a tarefas ou funções específicas, mas que inclua a prestação de cuidados, a avaliação do seu impacto.





## **Referências**

FORTIN, M. – **O processo de investigação – da conceção à realização**. Loures. Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X



**Apêndice 18: Poster *Simulacro em Cenário de Inundação em  
Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos: Intervenções  
Especializadas de Enfermagem***



# SIMULACRO EM CENÁRIO DE INUNDAÇÃO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS CIRÚRGICOS: INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM

Maria João Nunes<sup>1,2</sup>; Marisa Aleixo<sup>1,2</sup>; Vera Grazina<sup>1,2</sup>; Mariana Pereira<sup>2</sup>; Marta Costa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Estudantes do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS; <sup>2</sup>Professora da ESS/IPS Portugal;

<sup>3</sup>Enfermeira no Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal

## Objetivo

Refletir sobre a participação no simulacro e a importância do desenvolvimento da competência específica do Enfermeiro especialista "Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação".

## Introdução

Em contexto hospitalar, é de fulcral importância que todos os profissionais conheçam os planos de evacuação perante situações de emergência. De forma a transpor para a prática os procedimentos perante estas situações, são ocasionalmente praticados exercícios de simulacro.

Apresentamos a nossa experiência enquanto participantes num simulacro, em contexto de inundação, realizado numa Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos (UCIC) de um hospital da margem-sul do país, onde se testou o plano de emergência em vigor na instituição.

Esta atividade foi planeada e organizada por colegas no âmbito da sua formação especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

## Metodologia

Enquanto participantes, assumimos a representação de parte integrante da equipa de evacuação (EE) B. Procedemos à evacuação de 3 utentes fictícios, num cenário de inundação. Participámos numa reunião prévia para o planeamento do exercício e numa reunião posterior, com todas as entidades envolvidas, para o balanço da simulação.



Detetada rotura grave de canalização na UCIC. Iniciam-se manobras para segurança dos utentes



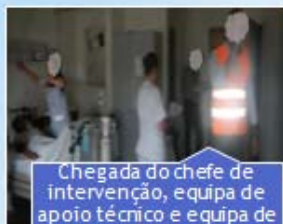
A Enfª responsável alerta a telefonista que segue o respetivo protocolo



As EE-A e EE-B preparam os utentes, mediante avaliação e necessidades que apresentam, para se efetuar a evacuação. Faz-se respetivo registo



O Coordenador da Evacuação dá indicação para esta se iniciar, no sentido do nó horizontal



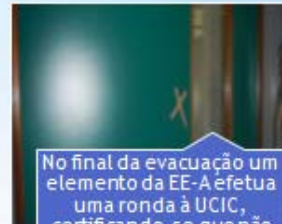
Chegada do chefe de intervenção, equipa de apoio técnico e equipa de intervenção. Verificam-se condições de segurança e encerra-se água quente e fria



O estado clínico dos utentes (críticos) foi sempre considerado, e privilegiada a relação enfermeiro-utente



Instalados utentes no Serviço de Refúgio. Chegada do médico, que verificou o seu estado



No final da evacuação um elemento da EE-A efetua uma ronda à UCIC, certificando-se que não fica ninguém no local e sinaliza a porta. Duração total: 11 min

NOTA: Cumpridos os procedimentos éticos associados à utilização de imagens.

## Conclusões

A participação no exercício de simulacro permitiu-nos o desenvolvimento de competências em situação de catástrofe/emergência, em ambiente hospitalar. O nosso envolvimento no exercício permitiu praticar a adaptação do processo de enfermagem, em todas as suas vertentes (avaliação, diagnóstico, planeamento, execução e reavaliação) a uma situação emergente que exige evacuação, não descurando a importância da relação com a pessoa em estado crítico.

O exercício contribuiu ainda para tomarmos maior contacto com o plano de evacuação interno da Instituição, e conhecer a forma de atuação multidisciplinar.



**Apêndice 19: Resumo Poster *Simulacro em Cenário de Inundação em  
Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos: Intervenções Especializadas  
de Enfermagem***





# Simulacro em Cenário de Inundação em Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos: Intervenções Especializadas de Enfermagem

Maria João Nunes<sup>1,3</sup>; <sup>3</sup>; <sup>3</sup>; Mariana Pereira<sup>2, 3</sup>

<sup>1</sup>*Estudantes do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS*

<sup>2</sup>*Professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal*

<sup>3</sup>*Enfermeira no Centro Hospitalar Portugal*

**Palavras-chave:** Simulacro; Inundação; Catástrofe Hospitalar; Evacuação.

## Resumo

**Introdução:** Em contexto hospitalar, é de fulcral importância que todos os profissionais conheçam os planos de evacuação e formas de atuação perante situações de catástrofe/emergência. De forma a transpor para a prática os procedimentos perante estas situações, são ocasionalmente praticados exercícios de simulacro. Estes têm como objetivo analisar o comportamento das pessoas perante a situação representada, que deve ser o mais próxima possível do real.

Apresentamos a nossa experiência enquanto participantes num simulacro, em contexto de inundação, realizado num Serviço de Cuidados Intermédios Cirúrgicos (UCIC) de um hospital da margem-sul do país, onde se testou o plano de emergência em vigor na Instituição. Esta atividade foi planeada e organizada por colegas no âmbito da sua formação especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

**Objetivos:** Refletir sobre a participação no simulacro e a importância do desenvolvimento da competência específica do enfermeiro especialista “dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação”.

**Metodologia:** Enquanto participantes (enfermeiras X, Y e Z) no exercício de simulacro realizado numa UCIC, assumimos a representação de parte integrante da equipa de evacuação B. Procedemos à evacuação de 3 utentes fictícios, num cenário de inundação. Participámos numa reunião prévia para o planeamento do exercício e numa reunião posterior, com todas as entidades envolvidas, para o balanço da simulação.

**Resultados:** O exercício teve uma duração de 11 minutos, durante os quais se procedeu à evacuação horizontal dos utentes para o serviço de refúgio (serviço de internamento no mesmo piso).

Após rotura de canalização, a Enf.<sup>a</sup> X alertou a Enf.<sup>a</sup> responsável de turno, que fez o alerta à telefonista. Esta seguiu o protocolo de atuação. As Enf.<sup>as</sup> Y e Z foram chamadas ao local e ajudaram na preparação dos utentes para possível evacuação em segurança. Após ordem de evacuação pela Enf.<sup>a</sup> responsável, a Enf.<sup>a</sup> X procedeu à listagem dos utentes, bem como cuidados necessários durante e após evacuação. Procedeu-se à evacuação do primeiro utente, por elemento de equipa de evacuação A. Entretanto chegou o chefe de intervenção, informado da ocorrência, e respetiva equipa de atuação multidisciplinar. As Enf.<sup>as</sup> Y e Z evacuaram o segundo utente e a Enf.<sup>a</sup> X, com elemento da equipa de evacuação B, evacuaram o terceiro. Instalaram-se os utentes no serviço de refúgio, após o que chegou o médico para observação dos mesmos. No serviço de origem, verificou-se a evacuação que foi sinalizada, e o exercício terminado.

O estado clínico dos utentes (críticos) foi sempre considerado, e privilegiada a relação enfermeiro-utente.

A evacuação foi célere e os procedimentos executados ordenadamente.

**Conclusões:** A participação no exercício de simulacro permitiu-nos o desenvolvimento de competências em situação de catástrofe/emergência, em ambiente hospitalar. O nosso envolvimento no exercício permitiu praticar a adaptação do processo de enfermagem, em todas as suas vertentes (avaliação, diagnóstico, planeamento, execução e reavaliação) a uma situação emergente que exige evacuação, não descurando a importância da relação com o utente crítico. O exercício contribuiu ainda para tomarmos maior contacto com o plano de evacuação interno da Instituição, e conhecer a forma de atuação multidisciplinar.

**Apêndice 20: Relatório Ação Sensibilização às visitas *Venho visitar o meu familiar – Porque tenho de lavar as mãos?***





<http://www.artefacti.com/blogs/guia-de-vp-content/uploads/2012/06/tema-01-m-01-C7%4A3-01.jpg>

# **Venho visitar o meu familiar – Porque tenho de lavar as mãos?**

## **Relatório da Ação de Sensibilização às Visitas**

Elaborado Por:  
Maria João Nunes  
M  
V

Setúbal, janeiro de 2015





<http://www.ertnobil.com/hoosquancu/wp-content/uploads/2012/06/ertn-com-rt-C2%As.jpg>

# **Venho visitar o meu familiar – Porque tenho de lavar as mãos?**

## **Relatório da Ação de Sensibilização às Visitas**

**Departamento:** Enfermagem

**Curso:** 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Ano:** 2º ano **Semestre:** 3º

**Unidade Curricular:** Enfermagem Médico-Cirúrgica II

**Módulo:** Estágio III

**Docente Responsável pela Unidade Curricular:** Maria de Lurdes Martins

**Docente Responsável pelo Módulo:** Mariana Pereira

Elaborado Por:

Maria João Nunes, n.º 130519016

M

V

Setúbal, janeiro de 2015





*“É fazendo que se aprende a fazer  
aquilo que se deve aprender a fazer”*

*Aristóteles*



## **Lista de Abreviaturase Siglas**

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

DGS – Direção Geral da Saúde

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESS – Escola Superior de Saúde

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Nº - número

NP – Norma Portuguesa

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBCI - Precauções Básicas do Controlo da Infecção

SCG - Serviço de Cirurgia Geral

UC – Unidade Curricular

UV – Ultravioleta



## Índice de Ilustrações

Ilustração 1 - Resultados do questionário aplicado no final da ação	17
Ilustração 2 - <i>Hall</i> de entrada do SCG	18
Ilustração 3 - Colocação da mão numa folha com Pó Simulador de Microrganismos	18
Ilustração 4 - Observação da Mão com o Pó Simulador e a Luz UV	19
Ilustração 5 - Colocação da Solução Alcoólica na mão	19
Ilustração 6 - Execução da Técnica de Higienização das Mãos	20
Ilustração 7 - Visualização da Mão com a Luz UV após Higienização	20
Ilustração 8 - Cartaz alusivo ao Tema, com visualização do Pó Simulador numa Mão	21

## Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Pessoas que realizaram a técnica de higienização das mãos de forma adequada	16
Gráfico 2 - Pessoas que removeram os vestígios de pó com a técnica de higienização das mãos	17



# Índice

Nota Introdutória	11
1.A Ação de Sensibilização às Visitas	14
1.1. Apresentação e Análise dos Resultados obtidos	16
1.2. Reflexão sobre a atividade	21
2.Nota Conclusiva	23
Referências	25
Apêndices	27
Apêndice I – Projeto de Ação de Sensibilização às visitas das pessoas internadas no Serviço de Cirurgia Geral	29
Apêndice II – Pedido de Autorização para Captação de Imagens e Aplicação de Questionários de Avaliação da Ação	33
Apêndice III – Grelha de Registo de Abrangência da Ação	37
Apêndice IV – Questionário para Avaliação da Ação	43
Apêndice V – Folheto “Venho visitar o meu familiar – Porque tenho de lavar as mãos?”	47
Anexos	51
Anexo I – Minuta do Pedido de Autorização para Captação de Imagens	53
Anexo II – Folheto fornecido pela CCI	57





## Nota Introdutória

No âmbito da Unidade Curricular (UC) de Enfermagem Médico-Cirúrgica II, do 3.º Semestre do 2.º Ano, do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC), ministrado pela Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), mais concretamente no Módulo de Estágio III, surgiu-nos a oportunidade de realização de uma atividade que nos permitisse desenvolver as Unidades de Competência da *Competência K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas*, já planeada anteriormente no Estágio I e II, pois ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) compete, de acordo com o Regulamento nº 124/2011, responder eficazmente na prevenção e controlo de infeção, tendo em consideração o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, a complexidade das situações e a diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para manutenção da vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) constituem atualmente uma problemática a nível mundial, com enorme impacto para as pessoas, familiares/cuidadores, profissionais e para a sociedade em geral, acarretando custos muito significativos e simultaneamente desnecessários, sendo por esta razão consideradas um dos indicadores de segurança e qualidade dos cuidados de saúde (DGS, 2007).

São infeções adquiridas pelos indivíduos em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, que poderão também afetar os profissionais de saúde, no exercício da sua atividade. Não sendo um problema novo, assumem particular relevância na pessoa em situação crítica, pois estes indivíduos possuem um risco de infeção aumentado, pela panóplia de recursos a que estão sujeitos (*Idem*).

Aquando da prestação de cuidados, existem um conjunto de medidas que concorrem simultaneamente quer para a prevenção, quer para o controlo da transmissão cruzada de microrganismos, denominadas de Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI), onde

se insere a higienização das mãos, considerada como uma das medidas mais importantes para a redução da transmissão de agentes infecciosos entre os doentes (DGS, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou em 2004 a Campanha de Higienização das Mãos, intitulada *Clean Care is Safer Care*, inserida na estratégia multimodal proposta pela *World Alliance for Patient Safety*, como o primeiro desafio à segurança do doente. Portugal aderiu a este desafio em outubro de 2008, com a Campanha *Medidas Simples Salvam Vidas*, tendo como objetivo *major* a prevenção e controlo das IACS e, indiretamente, o controlo das resistências dos microrganismos aos antimicrobianos (DGS, 2010).

É consensual que as mãos dos profissionais de saúde são o veículo mais comum de transmissão de microrganismos de doente para doente, estando frequentemente implicadas como via de transmissão de surtos de infeção (WILSON, 2003). No entanto, esta transmissão também se verifica entre os próprios doentes.

Neste contexto, a correta higienização das mãos constitui uma ação simples, acessível, rápida, e simultaneamente a medida mais relevante na prevenção e no controlo da infeção, integrada no conjunto das precauções básicas (DGS, 2010).

Face à importância de atuação nesta área, intervir ao nível da prevenção da transmissão das infeções continua a ser uma prioridade, não só junto dos profissionais de saúde, como também das visitas, pelo que decidimos realizar uma ação de sensibilização dirigida às visitas das pessoas internadas no Serviço de Cirurgia Geral (SCG), local onde nos encontramos a realizar o Estágio supramencionado.

Esta ação abordou a importância da higienização das mãos como uma medida simples, mas extremamente eficaz na prevenção de infeções, para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados e, consequentemente, para a segurança efetiva dos doentes.

A referida ação, intitulada “Venho visitar o meu familiar – Porque tenho de lavar as mãos”, teve então como principal objetivo sensibilizar as visitas sobre a importância da higienização das mãos, como medida de controlo de infeção.

No que respeita ao presente relatório, o mesmo tem como principal objetivo divulgar os resultados obtidos após realização da referida ação de sensibilização. Como objetivos específicos, temos: apresentar a ação de sensibilização e os respetivos resultados; refletir sobre os resultados desta atividade; refletir sobre o impacto da ação no desenvolvimento de competências específicas do EEEMC.

O presente relatório encontra-se estruturado em dois capítulos. Anteriormente, na presentenota introdutória, efetuámos uma breve abordagem concetual sobre a temática em análise, no primeiro capítulo analisamos a ação de sensibilização e os resultados obtidos, e, por fim, apresentamos uma nota conclusiva, onde refletimos sobre a atividade e o contributo desta no desenvolvimento de competências.

Respeitámos, durante a redação do presente trabalho, as Normas de Elaboração de Trabalhos escritos do Departamento de Enfermagem da ESS/IPS, bem como o Acordo Ortográfico atualmente em vigor. Mencionamos ainda o recurso à Norma Portuguesa (NP) 405, no que concerne à referenciação bibliográfica.



## 1.A Ação de Sensibilização às Visitas

Para a realização da ação de sensibilização “Venho visitar o meu familiar – Porque tenho de lavar as mãos”, inicialmente delineámos o Planeamento da Ação para nortear a mesma (Apêndice I), no qual definimos como objetivo geral sensibilizar as visitas das pessoas internadas no SCG do Centro Hospitalar X, sobre a importância da higienização das mãos, como medida de controlo de infeção.

Como objetivos específicos, referimos: Transmitir conhecimentos sobre a importância da higienização das mãos, como medida de controlo de infeção; Demonstrar a técnica de higienização das mãos; Incentivar as visitas a realizar a higienização das mãos; Verificar se a técnica de higienização das mãos foi adequada e a lavagem das mãos eficaz, com recurso à luz Ultravioleta (UV) (com utilização de pó simulador de microrganismos).

Após conclusão do referido Planeamento, que decorreu sob orientação da Enfermeira Orientadora, bem como da Docente Orientadora do Estágio, abordámos a Enfermeira Chefe do Serviço, bem como o Diretor do Departamento Cirúrgico, com o intuito de obtermos autorização para a realização da atividade, bem como o seu *feedback* relativamente à mesma.

Ambos se demonstraram bastante recetivos e agradados com a atividade, enaltecendo a sua importância.

Após estas autorizações, contactámos a Enfermeira da Comissão de Controlo de Infeção (CCI), que também demonstrou grande agrado com a realização desta ação, disponibilizando-se de imediato a colaborar, nomeadamente no fornecimento de cartazes alusivos ao tema, da lanterna de luz UV e do Pó simulador de microrganismos.

Posteriormente pedimos ainda autorização à Direção de Enfermagem para captação de imagens e aplicação de um pequeno questionário para subsequente avaliação da ação (Apêndice II), tendo sido esta solicitação prontamente aceite. Foi-nos fornecida uma minuta com o pedido de autorização individual, para captação de imagens (Anexo I).

Passamos agora à apresentação e respetiva análise dos resultados obtidos através da realização da ação.

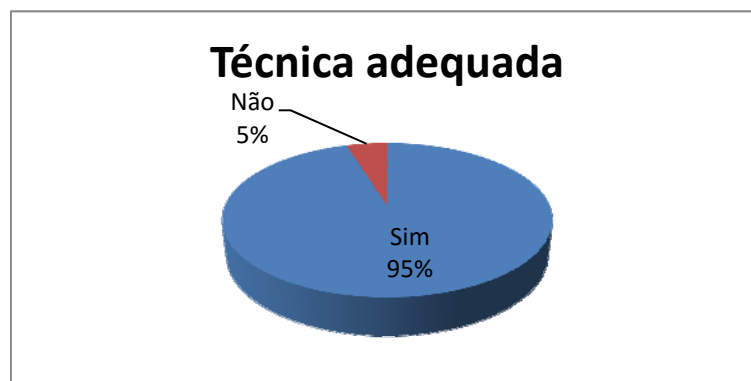
## 1.1. Apresentação e Análise dos Resultados obtidos

Tal como planeado, nos dias 8 e 12 de janeiro do corrente ano realizámos a ação de sensibilização supramencionada, no *hall* de entrada do Serviço. Foram abordadas, no total, 104 visitas de pessoas internadas no SCG (55 pessoas na primeira ação, e 49 na segunda), sendo que o total pretendido de 100 pessoas foi alcançado nestes dois dias, não havendo necessidade de agendamento de mais uma data.

Para o registo do número de pessoas abordadas, elaborámos uma grelha de registo de abrangência, onde também incluímos um item acerca da realização da técnica de higienização das mãos, e se a mesma foi ou não eficaz (Apêndice III).

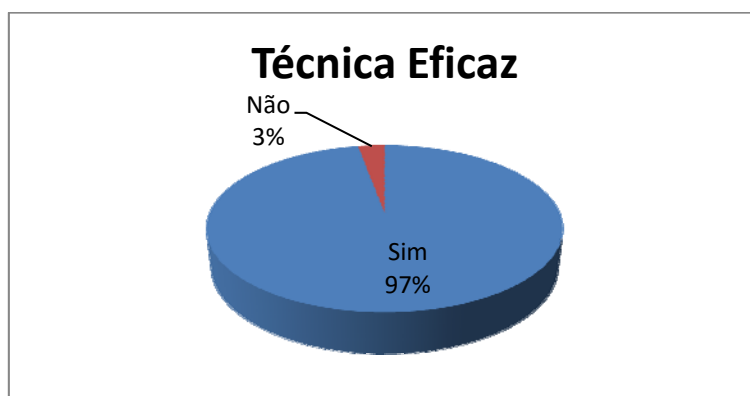
Das 104 pessoas abordadas, apenas 5 não realizaram a técnica correta de higienização das mãos, aquando da avaliação da ação, conforme se pode observar no Gráfico 1, ou seja, 95% das pessoas realizou corretamente a técnica de higienização das mãos, e apenas 5% não realizaram.

Gráfico 1- Pessoas que realizaram a técnica de higienização das mãos de forma adequada



Quanto ao resultado da higienização das mãos, ou seja, a total remoção de vestígios do pó reagente à luz UV, verificámos que apenas 3 pessoas ainda continham vestígios de pó, correspondendo a um total de 3%. De referir que estas 3 pessoas pertencem ao grupo das 5 pessoas que não realizou corretamente a técnica de higienização com solução alcoólica, conforme demonstra o Gráfico 2.

Gráfico 2 - Pessoas que removeram os vestígios de pó com a técnica de higienização das mãos



Após cada abordagem, e com o intuito de avaliar o impacto da ação, aplicámos então um questionário (Apêndice IV), no final da ação, obtendo os seguintes resultados bastante satisfatórios, isto é, 99% das visitas referiu ter compreendido a importância da higienização das mãos aquando da realização das visitas ao familiar/amigo, e apenas 1% referiu Talvez ter compreendido. A totalidade da amostra referiu ter aprendido a lavar corretamente as mãos, que a sessão foi importante para aprenderem a proteger-se a si e a evitar a propagação de infeções, e ainda que, irão proceder á lavagem das mãos sempre que visitarem um familiar/amigo no hospital, conforme demonstrado na Ilustração 1.

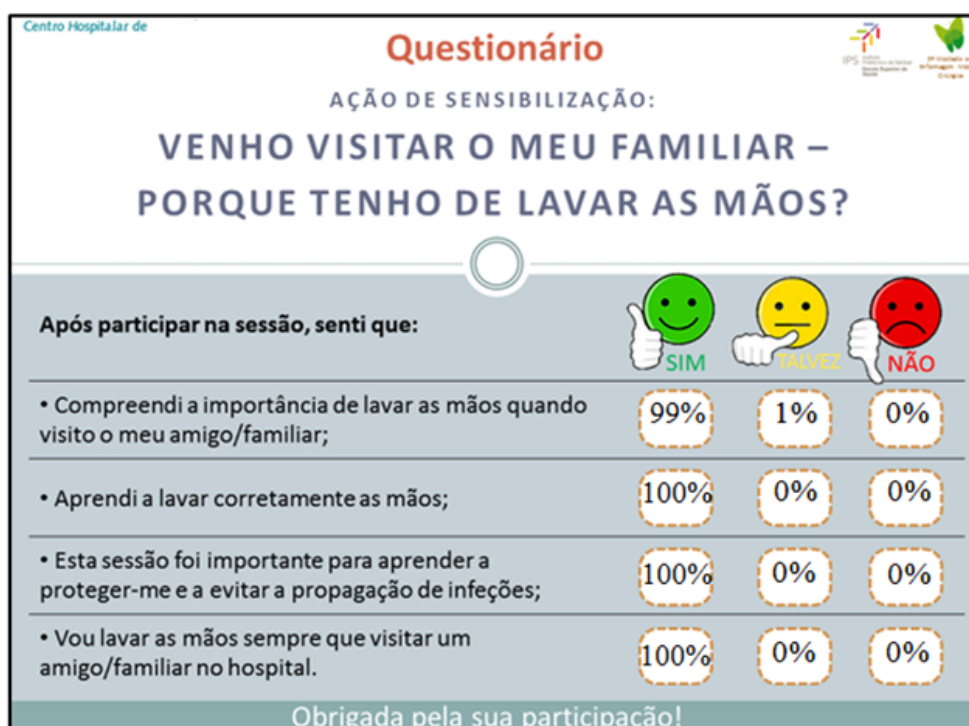


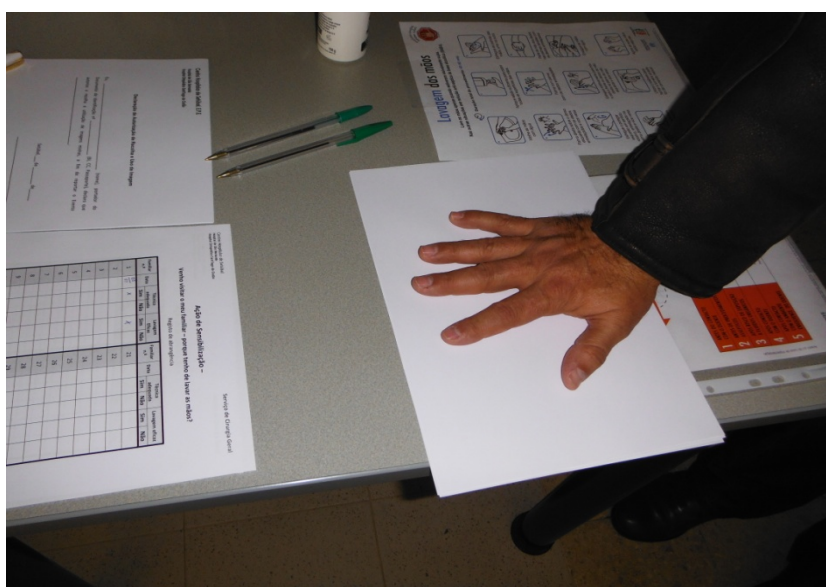
Ilustração 1 - Resultados do questionário aplicado no final da ação

Após aplicação do questionário, foram fornecidos dois folhetos a cada participante, um elaborado por nós (Apêndice V), e outro fornecido pela CCI (Anexo II), para sedimentação da informação. A referir que o primeiro foi validado por peritos na área, nomeadamente a Enfermeira Orientadora, que é também o elemento de Ligação do SCG com a CCI, a Enfermeira Chefe, a Enfermeira da CCI e a Docente Orientadora, tendo sofrido várias alterações até ao resultado que aqui expomos.

Como referimos anteriormente, foram captadas algumas imagens ao longo da ação, mediante prévia autorização, que a seguir apresentamos.



**Ilustração 2 - Hall de entrada do SCG**



**Ilustração 3 - Colocação da mão numa folha com Pó Simulador de Microrganismos**





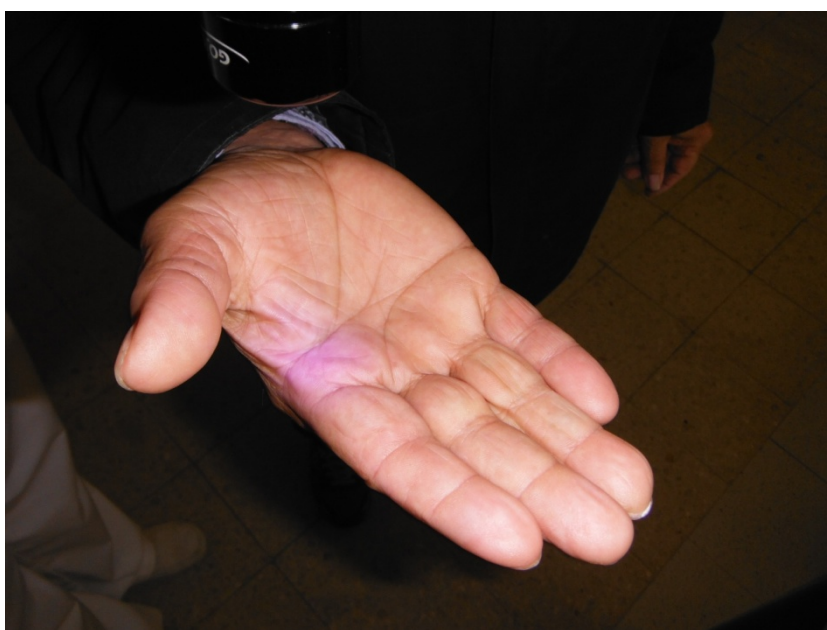
**Ilustração 4 - Observação da mão com o Pó Simulador e a Luz UV**



**Ilustração 5 - Colocação da Solução Alcoólica na mão**



**Ilustração 6 - Execução da Técnica de Higienização das Mãos**



**Ilustração 7 - Visualização da Mão com a Luz UV após Higienização**



Ilustração 8 - Cartaz alusivo ao Tema, com visualização do Pó Simulador numa Mão

Após exposição das fotografias, apresentamos uma breve reflexão sobre a atividade desenvolvida.

## 1.2. Reflexão sobre a atividade

Decorrente da realização de uma atividade deste género, é impreterível a realização de uma reflexão sobre a mesma.

Começamos por mencionar uma dificuldade sentida durante o decurso das ações, sendo ela a resistência de algumas pessoas a participar na mesma, alegando motivos como falta de tempo, não estar interessado e já saber efetuar a higienização das mãos e o porquê da sua necessidade.

Ainda assim, a maioria das pessoas mostrou-se recetiva a participar na ação e o seu *feedback* sobre a mesma foi bastante positivo.

Os profissionais da equipa multidisciplinar mostraram curiosidade quanto à nossa abordagem às visitas, tendo questionado sobre o conteúdo da ação. Também a eles convidámos a efetuar o pequeno teste de higienização das mãos com o pó simulador de

microrganismos e a luz UV, demonstrando-se todos eles bastante recetivos e satisfeitos com esta atividade dirigida às visitas.

De acordo com os resultados apresentados anteriormente, consideramos ter atingido os objetivos a que nos propusemos inicialmente, aquando do planeamento da ação, pois conseguimos sensibilizar as visitas das pessoas internadas no SCG sobre a importância da higienização das mãos, delineado como objetivo geral. No que concerne aos objetivos específicos, julgamo-los também alcançados, dado que transmitimos às visitas conhecimentos sobre a importância da higienização das mãos como medida de controlo de infeção; demonstrámos a técnica de higienização das mãos; incentivámos as visitas a higienizar as mãos; verificámos a realização da técnica de higienização das mãos, através de um pequeno teste com recurso ao pó simulador de microrganismos e da luz UV.

A realização desta ação foi bastante gratificante para todas nós, uma vez que o *feedback* obtido por parte das pessoas foi muito positivo, e conseguimos alcançar os objetivos a que inicialmente nos propusemos.

E mais ainda porque a CCI propôs a divulgação do folheto elaborado a nível institucional.

## 2. Nota Conclusiva

Através da realização desta atividade, e posteriormente do presente relatório, concluímos essencialmente que todos beneficiamos com ações deste tipo. E quando referimos todos, incluímos as pessoas internadas, os familiares, amigos e os profissionais da equipa multidisciplinar, uma vez que a prevenção da propagação de infeções é, no que respeita à higienização das mãos, uma responsabilidade partilhada.

Concluímos ainda que, com esta atividade, contribuímos para o desenvolvimento da competência EEEMC, mais especificamente a *Competência K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face á complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas*, uma vez que a higienização das mãos é dos gestos mais simples, mas muito efetivo, e que mais está relacionado com a prevenção e controlo da infeção em meio hospitalar.

Assim, ao efetuarmos ensino aos familiares que todos os dias visitam a pessoa internada, por vezes em situações clínicas complexas, estamos a maximizar a nossa intervenção a esse nível, contribuindo para a redução das IACS e simultaneamente para a melhoria contínua dos cuidados prestados e da segurança dos doentes.

Terminada a produção deste trabalho, encerramos o mesmo com a certeza de termos alcançado o objetivo *major* proposto inicialmente na nota introdutória, já que divulgámos a ação de sensibilização e os resultados obtidos com a realização da mesma. Mais especificamente, apresentámos a ação de sensibilização e os respetivos resultados; refletimos sobre os resultados da atividade; e, por fim, refletimos sobre o impacto da ação no desenvolvimento de competências específicas do EEEMC.

Como sugestão futura, propomos a realização de uma ação deste género a nível institucional, na entrada principal do Centro Hospitalar, onde poderíamos dar maior visibilidade à atividade e abranger um maior número de pessoas.



## Referências

- ✓ DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. 2007. [Consultado a 14/01/2015]. Disponível em [http://www.anci.pt/sites/default/files/Programa\\_nacional\\_de\\_prevencao\\_e\\_controlo\\_de\\_infeccao\\_associada\\_oas\\_cuidados\\_de\\_saude\\_0.pdf](http://www.anci.pt/sites/default/files/Programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf)
- ✓ DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2010 – *Circular Normativa Nº 13/DQS/DSD: Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. [Consultado a 14/01/2015]. Disponível em <file:///C:/Users/Marisa%20Aleixo/Downloads/i017601.pdf>
- ✓ DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Norma nº 029/2012, atualizada a 31/10/2013: Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. [Consultado a 14/01/2015]. Disponível em <file:///C:/Users/Marisa%20Aleixo/Downloads/i019467.pdf>
- ✓ REGULAMENTO Nº 124/2011 – *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. *Diário da República*, 2ª Série. Nº 35. 8656-8657. [Consultado a 14/01/2015]. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124\\_2011\\_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf)
- ✓ WILSON, Jennie- *Controlo de Infecção na Prática Clínica*. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 978-972-8383-57-2.





# Apêndices



**Apêndice I –Projeto de Ação de Sensibilização às visitas  
das pessoas internadas no Serviço de Cirurgia Geral**



## **Projeto de Ação de Sensibilização às visitas das pessoas internadas no Serviço de Cirurgia Geral**

<b>Tema da Ação</b>	Venho visitar o meu familiar – Porque tenho de lavar as mãos?
<b>População alvo</b>	Visitas das pessoas internadas no Serviço de Cirurgia Geral (SCG)
<b>Promotores da Ação</b>	Maria João Nunes*, Marisa Aleixo*, Vera Grazina*, Enf. <sup>a</sup> MC, Enf. <sup>a</sup> Chefe HM, Enf. <sup>a</sup> da CCI – FB *Estudantes do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

<b>Objetivos Gerais</b>	- Sensibilizar as visitas das pessoas internadas no SCG do Centro Hospitalar de X, sobre a importância da higienização das mãos, como medida de controlo de infeção.
<b>Objetivos Específicos</b>	- Transmitir conhecimentos sobre a importância da higienização das mãos, como medida de controlo de infeção; - Demonstrar a técnica de higienização das mãos; - Incentivar as visitas a realizar a higienização das mãos; - Verificar se a técnica de higienização das mãos foi adequada e a lavagem das mãos eficaz, com recurso à luz ultravioleta - UV (com utilização de pó/líquido simulador de microrganismos).
<b>Resultados Esperados</b>	No final da sessão é esperado que as visitas sejam capazes de: - Efetuar eficazmente a higienização das mãos, comprovada através da utilização de luz ultravioleta; - Identificar a importância da higienização das mãos como medida de controlo de infeção, através do preenchimento de pequeno questionário.

<b>Pré-requisitos</b>	Visitas das pessoas internadas no SCG
<b>Duração</b>	1h30 (coincidente com o horário de visitas)
<b>Datas</b>	8 e 12 de janeiro 2015
<b>Local</b>	<i>Hall</i> de entrada do SCG

<b>Etapas</b>	<b>Atividades didáticas</b>	<b>Métodos e técnicas pedagógicas</b>	<b>Equipamentos/meios didáticos</b>	<b>Avaliação</b>
Introdução	- Apresentação da Ação de Sensibilização	- Expositivo (abordagem individual ou por pequenos grupos, consoante afluência de visitas)	- Computador Portátil  - Vídeo projetor/ <i>Power Point</i> (projeção cíclica de	---
	- Comunicação dos objetivos gerais e específicos.			

	- Verificação dos pré-adquiridos.	- Interrogativo	cartazes alusivos ao tema)	- Inicial (diagnóstico)
Desenvolvimento	<b>- Conteúdos programáticos:</b> a) Importância da higienização das mãos como medida de controlo de infeção; b) Técnica de Higienização das mãos; c) Momentos de higienização das mãos.	- Expositivo - Demonstrativo	- Computador Portátil  - Vídeo projetor/ <i>Power Point</i> (projeção cíclica de cartazes alusivos ao tema)  - Folhetos informativos	---
	- Síntese	- Expositivo		---
Conclusão	<b>- Atividade (individual):</b> Aplicação de pó/líquido simulador de microrganismos nas mãos, visualização das mesmas com a luz UV, higienização das mãos, e nova visualização com a luz UV.	- Ativo /Interativo - Demonstrativo - Interrogativo	- Pó e Líquido simulador de microrganismos  - Lanterna de Luz UV	- Formativa
	- Verificação dos resultados da aprendizagem, através da aplicação de pequeno questionário de resposta fechada.	- Interrogativo	- Fotocópias do questionário (pequenos cartões) - Canetas	- Sumativa
	- Fecho da sessão/ Conclusão/ Agradecimento pela participação na Ação.	- Expositivo	---	---

## **Apêndice II –Pedido de Autorização para Captação de Imagens e Aplicação de Questionários de Avaliação da Ação**





Centro Hospitalar

A/C Exma. Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Diretora

Dr.<sup>a</sup>

Local X, 19 de novembro de 2014

Assunto: Autorização para captação de imagens e aplicação de pequenos questionários às visitas dos utentes internados no Serviço de Cirurgia Geral, no âmbito de uma campanha de sensibilização direcionada às mesmas, relacionada com a importância da higienização das mãos.

Exma. Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Diretora:

(n.º mec           ), em funções no Serviço de Cirurgia Geral, e a frequentar estágio no referido Serviço no âmbito do 3º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde, vem solicitar autorização para captação de imagens fotográficas, no âmbito de uma sessão de sensibilização direcionada às visitas dos utentes do Serviço, relacionada com a importância da higienização das mãos, em articulação com a Comissão de Controlo de Infecção de V.<sup>a</sup> Instituição, bem como aplicação de pequenos questionários às mesmas, para avaliação da Ação. As imagens destinam-se à realização de trabalhos académicos e para arquivo no Serviço. Reforça-se que será solicitada a captura das imagens a todos os envolvidos, e que apenas será efetuada com o seu consentimento. Relativamente aos espaços físicos, serão apenas captados os envolvidos na campanha (*hall* de entrada do Serviço de Cirurgia Geral).

Em anexo apresentamos o projeto da ação de sensibilização, a realizar em data ainda não definida, bem como o questionário que se pretende aplicar.

Sem outro assunto, ao dispor para qualquer clarificação necessária.

Com os melhores cumprimentos,

---

Enfermeira

---

Diretor do Departamento Cirúrgico

---

Enfermeira-Chefe



## **Apêndice III –Grelha de Registo de Abrangência da Ação**



## Ação de Sensibilização –

### Venho visitar o meu familiar – porque tenho de lavar as mãos?

Registo de abrangência

Familiar n.º	Data	Técnica adequada		Lavagem Eficaz		Familiar n.º	Data	Técnica adequada		Lavagem eficaz	
		Sim	Não	Sim	Não			Sim	Não	Sim	Não
1						21					
2						22					
3						23					
4						24					
5						25					
6						26					
7						27					
8						28					
9						29					
10						30					
11						31					
12						32					
13						33					
14						34					
15						35					
16						36					
17						37					
18						38					
19						39					
20						40					

## Ação de Sensibilização –

### Venho visitar o meu familiar – porque tenho de lavar as mãos?

Registo de abrangência

Familiar n.º	Data	Técnica adequada		Lavagem Eficaz		Familiar n.º	Data	Técnica adequada		Lavagem eficaz	
		Sim	Não	Sim	Não			Sim	Não	Sim	Não
41						61					
42						62					
43						63					
44						64					
45						65					
46						66					
47						67					
48						68					
49						69					
50						70					
51						71					
52						72					
53						73					
54						74					
55						75					
56						76					
57						77					
58						78					
59						79					
60						80					

## Ação de Sensibilização –

### Venho visitar o meu familiar – porque tenho de lavar as mãos?

Registo de abrangência

Familiar n.º	Data	Técnica adequada		Lavagem Eficaz	
		Sim	Não	Sim	Não
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					
91					
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					





## **Apêndice IV – Questionário para Avaliação da Ação**



## Questionário para Avaliação da Ação de Sensibilização às Visitas das Pessoas internadas no SCG




Centro Hospitalar de

**Questionário**

AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO:

**VENHO VISITAR O MEU FAMILIAR –  
PORQUE TENHO DE LAVAR AS MÃOS?**

Após participar na sessão, senti que:

	 <b>SIM</b>	 <b>TALVEZ</b>	 <b>NÃO</b>
• Compreendi a importância de lavar as mãos quando visito o meu amigo/familiar;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aprendi a lavar corretamente as mãos;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Esta sessão foi importante para aprender a proteger-me e a evitar a propagação de infeções;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vou lavar as mãos sempre que visitar um amigo/familiar no hospital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Obrigada pela sua participação!**

Ação de Sensibilização promovida por:



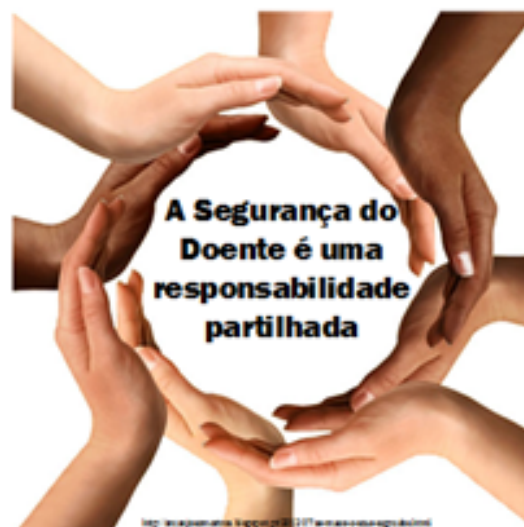
**Apêndice V –Folheto “Venho visitar o meu familiar –  
Porque tenho de lavar as mãos?”**



*Lembre-se que está num  
Hospital...  
Ajude-nos a cuidar do seu  
familiar em SEGURANÇA*




***Prevenir a Infecção está  
nas suas MÃOS!***



**A Segurança do  
Doente é uma  
responsabilidade  
partilhada**

<http://www.hospitalesp.com.br/pt/117/117.html>

Centro Hospitalar de  E.P.E.

*Elaborado por:*

Enf.<sup>a</sup> Maria João Nunes\*

Enf.<sup>a</sup> M<sup>a</sup> 

Enf.<sup>a</sup> V<sup>a</sup> 

Enf.<sup>a</sup> L<sup>a</sup> 

Enf.<sup>a</sup> Chade

Prof.<sup>a</sup> Mariana Pereira

CH —EPE Serviço de Cirurgia Geral  
Instituto Politécnico de Setúbal—Escola Superior de Saúde  
3º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Janeiro 2015



Centro Hospitalar de  
E.P.E.

**Serviço de Cirurgia Geral**

**Venho visitar o meu  
familiar - Porque tenho de  
lavar as mãos?**



## Venho visitar o meu familiar - porque tenho de lavar as mãos?

Para evitar as infeções associadas aos cuidados de saúde, que são infeções que ocorrem num doente durante a sua permanência no hospital, que não estavam presentes, nem em incubação, no momento de entrada.

*medidas simples  
salvam vidas*



## Quais as consequências destas infeções?

- Agravamento do estado de saúde;
- Maior tempo de internamento;
- Aumento da mortalidade/morbilidade;
- Custos económicos adicionais;
- Diminuição da qualidade de vida do utente e familiares.

## Como prevenir as Infeções?



### Fricção Anti-Séptica das Mãos

Higienize as mãos, friccionando-as com solução anti-séptica de base alcoólica (SABA). Lave as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas.

Duração total do procedimento: 20-30 seg.



1. Aplique o produto numa mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies.



2. Esfregue as palmas das mãos, uma na outra.



3. Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa.



4. As palmas das mãos com dedos entrelaçados.



5. Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com dedos entrelaçados.



6. Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa.



7. Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa.



8. Uma vez secas, as suas mãos estão seguras.



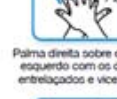
9. Molhe as mãos com água.



10. Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos.



11. Esfregue as palmas das mãos, uma na outra.



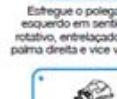
12. Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa.



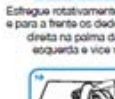
13. Palma com palma com os dedos entrelaçados.



14. Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com os dedos entrelaçados.



15. Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa.



16. Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa.



17. Enxague as mãos com água.



18. Seque as mãos com toalha descartável.



19. Utilize o toalhete para fechar a torneira se esta for de comando manual.



20. Agora as suas mãos estão seguras.



# Anexos



## **Anexo I – Minuta do Pedido de Autorização para Captação de Imagens**



## **Declaração de Autorização de Recolha e Uso de Imagem**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome),  
portador do Documento de Identificação nº \_\_\_\_\_ (BI, CC,  
Passaporte), declaro que autorizo a recolha e utilização de imagens minhas, a fim  
de reportar o Evento \_\_\_\_\_.

XXXXXXX, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## **Anexo II –Folheto fornecido pela CCI**





## Resíduos Hospitalares

- Não deite lixo para o chão;
- Respeite a cor dos sacos de resíduos em vigor na Unidade de Saúde:

**Saco Preto** – Resíduos urbanos Grupo I e II

- Papel das mãos;
- Restos de alimentos;
- Copos de iogurtes;
- Fraldas e resguardos sem sangue.



**Saco Branco** – Resíduos hospitalares de risco biológico, Grupo III

- Lenços de assoar;
- Compressas com sangue;



**Saco Vermelho** – Resíduos hospitalares específicos de incineração obrigatória

- Antes de colocar os resíduos neste saco deve informar-se junto de um profissional do serviço.



Cortantes e perfurantes  
Devem ser depositados em  
contentor próprio.



## Ainda

- Não dê alimentos sem autorização;
- Mantenha o espaço do seu familiar ou amigo limpo e arrumado;
- Não se sente na cama do seu familiar ou amigo;
- Evite trazer flores ao seu familiar ou amigo
- Não faça barulho;
- Respeite os horários de visitas;
- Não deve efectuar visitas se você está Constipado ou com Gripe.

Estas recomendações  
devem ser cumpridas por  
todos

OBRIGADO!

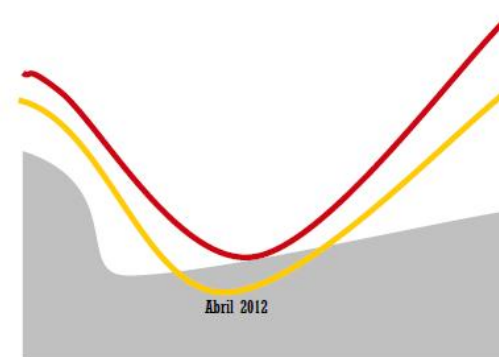
Centro Hospitalar de

EPE

Comissão de Controlo de  
Infecção

Informações

Visitantes



A Comissão de Controlo de Infecção

## Lembra-lhe

Está numa Unidade de Saúde, é importante que cumpra as recomendações;

## Lave as suas Mãos

- Ao chegar à Unidade de Internamento, antes de visitar o seu familiar/amigo;
- Antes e depois das refeições;
- Antes e depois de ir ao WC;
- Depois de assoar o nariz;
- Sempre que as mãos estejam visivelmente sujas;



A lavagem das mãos é uma medida importante para que o tratamento do seu familiar ou amigo tenha êxito.

## Como Fazer?

- Com as mãos molhadas, coloque sabão líquido e fricção bem as mãos;
- Lave todas as superfícies das mãos (espaços entre os dedos, dorso das mãos, pontas dos dedos e polegares);
- Enxágue bem, retirando todo o sabão;
- Seque com toalhetes de uso único;
- Por fim feche a torneira com o último toalhete que usou para secar as mãos.



Existem cartazes afixados sobre como lavar as Mãos

## Doentes em Isolamento

Se o seu familiar ou amigo se encontra nesta situação deve:

- Respeitar a informação escrita que se encontra na entrada do quarto;
- Usar as protecções que são recomendadas;
- Respeitar o número de visitas;
- Se tiver dúvidas peça ajuda a um Profissional do Serviço;
- Não se esqueça, lave as suas mãos antes de entrar no quarto e depois de sair do quarto de isolamento.

***Apêndice 21: Poster Prevenir a Infecção nos Dispositivos  
Intravasculares – Cuidados de Enfermagem Especializados***





# Prevenir a Infecção nos Dispositivos Intravasculares

## Cuidados de Enfermagem Especializados



Em contexto hospitalar, os dispositivos intravasculares (em especial os catéteres venosos centrais e periféricos) são necessários aos tratamentos instituídos, praticamente em todas as pessoas internadas. Não é menos verdade que as infeções adquiridas em contexto de saúde na corrente sanguínea estão associadas à utilização desses mesmos dispositivos (DGS, 2006). Através de uma revisão bibliográfica e metodologia reflexiva, apresentamos as diretrizes da DGS (2006) nos cuidados ao CVC e CVP, para prevenir a infeção.

### Objetivos:

- ♦ Divulgar as linhas orientadoras na prevenção de infeção associada aos dispositivos intravasculares;
- ♦ Refletir acerca dos cuidados de enfermagem do enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica;

### Categorias das Recomendações CDC e HICPAC

- ♦ IA - Fortemente recomendado baseado em grande evidência em estudos experimentais, bem conduzidos;
- ♦ IB - Fortemente recomendado baseado em evidência sugestiva de alguns estudos experimentais;
- ♦ IC - Recomendado baseado em normas ou recomendações de outras federações e associações;
- ♦ II - Recomendado baseado na clínica sugestiva/estudos epidemiológicos ou forte recomendação teórica;
- ♦ Questão não resolvida - prática sem evidência ou consenso;

	<b>Catéter Venoso Central</b>	<b>Recomendações gerais:</b> Treino e formação na colocação dos catéteres (IA); Uso de luvas não substitui a lavagem das mãos (IA);	<b>Catéter Venoso Periférico</b>
<b>Desinfecção Cutânea</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Lavagem cirúrgica das mãos para a colocação e lavagem higiénica antes e após palpar o local (IA);</li> <li>♦ Técnica asséptica, com luvas, campo, bata, touca, máscara (IA);</li> <li>♦ Desinfetar a pele com solução antiséptica alcoólica (IA);</li> <li>♦ Permitir que o antiséptico seque na pele. Com iopovidona, esperar pelo menos 2 min. (IB);</li> <li>♦ Não aplicar solventes orgânicos (acetona ou éter) antes de colocar catéter ou na mudança de penso (IA);</li> <li>♦ Utilizar penso estéril para cobrir o local de inserção (IA);</li> </ul>		
<b>Seleção do Catéter e Local</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Preferir catéteres com número de lúmens estritamente necessários (IB);</li> <li>♦ Em pessoas com uso intermitente ou contínuo de acesso vascular, utilizar dispositivos totalmente implantáveis ou de longa duração (II);</li> <li>♦ Para a administração nutrição parentérica, utilizar exclusivamente 1 lúmen (IB);</li> <li>♦ Preferir monitorização hemodinâmica de uso único em vez de transdutores reutilizáveis (IB);</li> <li>♦ Considerar os riscos e benefícios na escolha do local a colocar o dispositivo (IA);</li> <li>♦ Em adultos, preferir a veia subclávia (IA);</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Ter em conta complicações conhecidas (flebitis e infiltrações), tempo de utilização na escolha do local do catéter (IB);</li> <li>♦ Em medicamentos que possam provocar necrose em caso de extravassar, evitar butterfly (IA);</li> <li>♦ Em tratamentos superiores a 6 dias, preferir catéteres periféricos longos ou centrais de inserção periférica (IB);</li> <li>♦ Em adultos, preferir os membros superiores (IA);</li> </ul>
<b>Substituição do Catéter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Remover qualquer catéter que não seja essencial (IA);</li> <li>♦ Em colocações onde não se garanta assepsia (situações de emergência), substituir em 48h (II);</li> <li>♦ Usar luvas estéreis na remoção do catéter e trocar para a colocação do novo catéter (IA);</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Avaliar diariamente sinais de sensibilidade no local de inserção (palpando se penso opaco ou visualizando em penso transparente). No penso opaco, se não apresentar sinais de infeção, não destapar (II);</li> <li>♦ Substituir catéteres de de curta permanência em 72h-96h. Com acessos limitados e se não houver sinais de infeção, avaliar local com mais frequência (IB);</li> <li>♦ Substituir catéter colocados em situação de emergência em 48h (II);</li> <li>♦ Remover catéter se apresentar sinais de infeção (IA);</li> </ul>
<b>Manutenção</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Usar luvas na remoção do penso do catéter (IC);</li> <li>♦ Desinfetar os acessos das torneiras com álcool a 70º antes de aceder ao sistema (IA);</li> <li>♦ Tapar as torneiras dos acessos quando não utilizados (IB);</li> <li>♦ Técnica asséptica durante os cuidados de manutenção (IA);</li> <li>Nota sobre penso: devem ser permeáveis ao vapor de água;</li> <li>♦ Pensos transparentes versus de gaze: não há evidência que diferenças de risco de infeção;</li> <li>♦ Substituir penso quando: dispositivo é retirado ou instituído; penso húmido, descolado ou repassado; ou para inspecionar local de inserção (IA);</li> <li>♦ Penso gaze (a cada 2 dias); penso transparente (a cada 7 dias) (IB);</li> <li>♦ Não utilizar pomadas ou creme com antibiótico no local de inserção (IA);</li> <li>Substituição de fluidos ou sistemas de administração:</li> <li>♦ Sistemas de administração IV (incluindo prolongamentos e torneiras) no máx. em 72h (IA);</li> <li>♦ Sistemas utilizados para administração de sangue e derivados substituir no máx. em 24h (IB);</li> <li>♦ Sistemas utilizados para administração de Propofol substituir num período de 6h a 12h (IA);</li> <li>Dispositivos de acesso intravascular sem agulha:</li> <li>♦ Substituir as conexões com a mesma frequência que os sistemas (II);</li> <li>♦ Friccionar a conexão com um anti-séptico apropriado e aceder apenas com disp. estéreis (IB);</li> <li>♦ Limpar as torneiras de 3 vias com álcool a 70º (IA);</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Não aplicar pomadas ou cremes antimicrobianos no local de inserção (IA);</li> <li>♦ Avaliar diariamente sinais de sensibilidade no local de inserção (palpando se penso opaco ou visualizando em penso transparente). No penso opaco, se não apresentar sinais de infeção, não destapar (II);</li> </ul>

Tabela 1 - Recomendações para Cuidados aos Catéteres Venosos Centrais e Periféricos de acordo com DGS (2006)



### Principais fontes de contaminação (DGS, 2006):

- Mãos dos profissionais;
- Microflora da pele da pessoa;
- Ponta do catéter contaminada durante a inserção;
- Colonização das conexões do catéter;
- Fluidos contaminados;
- Via hematogénica;

### Reflexão/Conclusão:

Considerando as diretrizes supracitadas, podemos afirmar que cabe a todos prevenir as infeções nos dispositivos intravasculares. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica tem a obrigação de maximizar a prevenção e controlo de infeção, e, a nosso ver, pode ser feito através da divulgação destas diretrizes, bem como formação/treino no local de trabalho e monitorização da mesma. É nas pequenas coisas que se nota a diferença. Se naquilo que é simples, nós cumprimos, é um grande passo no combate à infeção, tão presente no contexto hospitalar nos dias de hoje. Enquanto enfermeiros especialistas deveremos manter a qualidade dos cuidados, garantindo o controlo de infeção.

### Referências Bibliográficas:

- Direcção Geral de Saúde - Recomendações para a Prevenção da Infecção associada aos Dispositivos Intravasculares. 2006. in <http://www.umcci.min-saude.pt/5iteCollectionDocuments/PrevInfDisIntravasculares.pdf>
- Imagens retiradas de: [www.google.pt](http://www.google.pt)



**Apêndice 22: Resumo Poster *Prevenir a Infecção nos Dispositivos Intravasculares – Cuidados de Enfermagem Especializados***





**Nome do Autor:** Maria João Nunes e T

**Instituição:** CHX - Hospital S

**Serviço:** Cirurgia Geral

**Nome do Orador:** Maria João Nunes

**Email:**mariajoaognunes@hotmail.com

**Resumo de:** Poster

**Título:**Prevenir a Infecção nos Dispositivos Intravasculares - Cuidados de Enfermagem Especializados

**Palavras Chave:**Infecção; Dispositivos Intravasculares; Cuidados de Enfermagem Especializadas;

#### **Introdução:**

Em contexto hospitalar, os dispositivos intravasculares (em especial os catéter venosos centrais e periféricos no nosso contexto) são necessárias aos tratamentos instituídos, praticamente em todas as pessoas internadas. Não é menos verdade que as infeções adquiridas em contexto de saúde na corrente sanguínea estão associadas à utilização desses mesmos dispositivos. Sabendo nós que a infeção, muitas vezes, aumentam e prolongam a estadia da pessoa, é nossa obrigação preveni-la.

#### **Objetivos:**

Divulgar as linhas orientadoras na prevenção de infeção associada aos dispositivos intravasculares.

Refletir acerca dos cuidados de enfermagem do enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica neste âmbito

#### **Metodologia:**

Através de uma revisão bibliográfica sobre o tema, encontrámos as diretrizes da Direcção Geral de Saúde. Com base dos resultados obtidos, seleccionámos aqueles que mais se adequaram à enfermagem e à nossa realidade.

Com a metodologia reflexiva acerca da nossa práxis diária, apresentamos o que consideramos ser os cuidados de Enfermagem especializados neste âmbito.

## Resultados:

As principais fontes de contaminação dos dispositivos intravasculares são: mãos dos profissionais; microflora da pele da pessoa; ponta do catéter contaminada durante a inserção; colonização das conexões do catéter; fluidos contaminados; e, via hematogénea (DGS, 2006:5).

As principais recomendações gerais organizam-se em: selecção do catéter; selecção do local de inserção; Técnica asséptica e desinfeção cutânea durante a inserção do cateter; Manutenção do catéter; Estratégias para a substituição do catéter e Profilaxia antibiótica.

Da nossa práxis, concluímos que cabe ao enfermeiro especialista em MC divulgar as linhas orientadoras existentes de forma a manter a equipa de enfermeiros do serviço atualizada nesse âmbito. Esta divulgação deve ser realizada através, não só de acções de formação, mas também de cartazes informativos expostos em locais estratégicos. É também a este que cabe a monitorização do nível de conhecimentos da equipa sobre a temática, bem como o cumprimento destas recomendações.

## Conclusões:

A consulta de documentação sobre temas do nosso dia a dia pode, por vezes, parecer pouco, mas é nas pequenas coisas que se nota a diferença.

Se naquilo que é simples, nós cumprimos, é um grande passo no combate à infeção, tão presente no contexto hospitalar nos dias de hoje.

Enquanto enfermeiros especialistas devemos manter a qualidade de cuidados, garantindo o controlo de infeção.

## Bibliografia:

- Hallouet, P. et al - Fichas de cuidados de enfermagem. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi, 2006. ISBN: 972-796-202-5.
- Direcção Geral de Saúde - Recomendações para a Prevenção da Infecção associada aos Dispositivos Intravasculares. 2006. in <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/PrevInfDispIntravasculares.pdf>
- Imagens retiradas de: [www.google.pt](http://www.google.pt)

**Apêndice 23: Poster *Hipodermoclise – Uma opção segura nos cuidados à Pessoa em Fim de Vida***



- [Home](#) | [Sobre](#) | [Contato](#) | [Política de Privacidade](#) | [Termos de Uso](#) | [Acessibilidade](#)



**Apêndice 24: Resumo Poster *Hipodermoclise – Uma opção segura nos cuidados à Pessoa em Fim de Vida***





# Hipodermoclise – Uma opção segura nos cuidados à Pessoa em Fim de Vida

Maria João Nunes<sup>1,3</sup>; M<sup>1,3</sup>; V<sup>1,3</sup>; Mariana Pereira<sup>2</sup>; M<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Estudantes do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS*

<sup>2</sup>*Professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal*

<sup>3</sup>*Enfermeira no Centro Hospitalar de*

**Palavras-chave:** Hipodermoclise; Cuidados Paliativos; Pessoa em fim de vida; Via subcutânea.

## Resumo

### Introdução:

Sendo o Serviço de Cirurgia Geral (SCG) um serviço que presta cuidados à pessoa nas diferentes etapas do ciclo vital, a pessoa em fim de vida representa um importante alvo dos nossos cuidados. Uma das dificuldades encontradas neste âmbito é, por vezes, a soroterapia e a administração de fármacos, por dificuldade ou impossibilidade de utilização da via oral e/ou endovenosa.

Neste contexto, a utilização da via subcutânea (SC) surge como uma alternativa válida, que minimiza o desconforto da pessoa, mas ainda pouco utilizada na *práxis*.

### Objetivos:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem da aplicabilidade da hipodermoclise, no âmbito da prestação de cuidados de qualidade em fim de vida;
- Divulgar a hipodermoclise no SCG;
- Refletir sobre a utilização da técnica no âmbito do desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) (L5)<sup>7</sup>.

**Metodologia:**

Revisão Bibliográfica e Metodologia Reflexiva

**Desenvolvimento:**

A hipodermoclise é definida como uma técnica de infusão de fluidos no tecido subcutâneo. Indicada quando há necessidade de hidratação e administração de fármacos, quando a via oral e endovenosa não são adequadas (pessoas com doença avançada, incurável e progressiva), havendo contra-indicações<sup>1,2,3,4,5,6</sup>.

Esta técnica apresenta inúmeras vantagens, sendo um método de promoção ativa do conforto e redução do sofrimento associado ao processo de doença terminal. De fácil administração, apresenta reduzido risco de infecção, dor e desconforto, implicando baixo custo. Utilizam-se agulhas epicraneanas de baixo calibre em diversos locais<sup>1,2,3,4,5,6</sup>.

Os fármacos mais utilizados são opióides, neuroléticos, anti-eméticos e anticolinérgicos<sup>1,2,3,4,5,6</sup>.

**Conclusões:**

A divulgação da técnica de hipodermoclise, bem como a consciencialização da equipa de enfermagem sobre a mesma, permitirá uma prestação de cuidados de qualidade à pessoa/família em fim de vida, no SCG, tendo em consideração os contextos da *práxis*.

Impõe-se que o enfermeiro possua conhecimentos específicos relativos à hipodermoclise, assumindo o EEEMC uma dimensão orientadora na aplicação prática.

**Bibliografia:**

1. LOPES, Ana; ESTEVES, Rita; SAPETA, Paula – *Vantagens e desvantagens da terapêutica e hidratação subcutânea*. Mestrado em Cuidados Paliativos. 2012. Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. [Consultado a 14/10/2014]. Disponível em [http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1615/1/RSL\\_Vantagens%20%20desvantagens%20da%20terap%3%aaautica%20e%20hidrata%3%a7%3%a3o%20subcut%3%a2nea.pdf](http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1615/1/RSL_Vantagens%20%20desvantagens%20da%20terap%3%aaautica%20e%20hidrata%3%a7%3%a3o%20subcut%3%a2nea.pdf);
2. TAKAKI, Christiane; KLEIN, Gilmar – *Hipodermóclise: o conhecimento do enfermeiro em unidade de internação*. ConScientiae Saúde. Vol. 9, Nº. 3. 2010, pp.

- 486-496. Universidade Nove de Julho, Brasil. [Consultado a 14/10/2014]. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/929/92915180020.pdf>;
3. MARINELA, Elsa; RODRIGUES, Lara; ALMEIDA, Patrícia – A Via Subcutânea em Cuidados Paliativos. *Revista Enformação: Enfermagem em contínuo movimento*. ISSN 2182-8261. Nº 3. Lisboa. [Consultado a 14/10/2014]. Disponível em [http://www.acenfermeiros.pt/docs/arq\\_revistas/enformacao\\_03\\_2013.pdf](http://www.acenfermeiros.pt/docs/arq_revistas/enformacao_03_2013.pdf);
  4. NETO, Isabel – Utilização da via subcutânea na prática clínica. *Revista Medicina Interna: Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. Vol. 15. Nº 4. 2008. [Consultado a 14/10/2014]. Disponível em [http://www.spmi.pt/revista/vol15/vol15\\_n4\\_2008\\_277\\_283.pdf](http://www.spmi.pt/revista/vol15/vol15_n4_2008_277_283.pdf);
  5. POMBO, Delmira – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica na Pessoa com Patologia Crónica e/ou Paliativa. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 2012. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. [Consultado a 14/10/2014]. Disponível em [http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4357/1/Dissertacao\\_Mestrado\\_Delmira\\_Pombo\\_Final.pdf](http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4357/1/Dissertacao_Mestrado_Delmira_Pombo_Final.pdf);
  6. VIEGAS, Marlene – VIA SUBCUTÂNEA: UMA NOVA ALTERNATIVA. Comunicação Livre las Jornadas de Enfermagem Médico-Cirúrgica do CHBA. 2011. [Consultado a 14/10/2014]. Disponível em [http://www.chbgarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22435/VIA\\_SUBCUTANEA\\_uma\\_alternativa\\_final.pdf](http://www.chbgarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22435/VIA_SUBCUTANEA_uma_alternativa_final.pdf);
  7. ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. 2011. [Consultado a 14/10/2014]. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC\\_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf).



# **Anexos**



## **Anexo 1: Autorização Enfermeira Diretora**





Aprovado  
Enfermeira Diretora

APRECIÇÃO DE PROJETOS		DESPACHO
ÁREA	Enfermagem "Otimização de Práticas na Prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto"	
AUTOR (ES)	Maria João Gonçalves Nunes mariajoaognunes@hotmail.com / tm: 964935929	
DURAÇÃO	junho 2014 a janeiro de 2015	
ENTIDADE ACADÉMICA	Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica	
ORIENTADORES	Prof.ª Mariana Pereira (IPS-ESS) / Enf.ª (CH <input type="text"/> )	
SERVIÇO	Serviço de Cirurgia Geral	
TIPO DE PROJETO	Projeto Intervenção-ação	
RESUMO	<p>Num contexto de prevenção da infeção, o projeto proposto visa otimizar a intervenção da equipa neste domínio, particularmente, em condição de isolamento de contacto. A razão para intervir a este nível não é clara na documentação enviada, contudo a autora refere que a pertinência do projeto foi atestada em reunião com a Enfermeira Chefe do Serviço e Enfermeira Orientadora do Ensino Clínico. Este projeto pretende, ainda, dar continuidade a outro iniciado por uma estudante da especialidade num estágio anterior.</p> <p>No contexto anterior, a autora solicitada autorização para, aplicar grelha de observação (em anexo), que lhe permita avaliar a prática da equipa de enfermagem e assistentes operacionais relativamente à implementação no serviço dos procedimentos relativos a precauções de isolamento. A grelha de observação será aplicada por observação direta, sem interferência na dinâmica do serviço e salvaguardando o anonimato dos profissionais observados. <u>Não existe referência à forma como será obtido o consentimento informado dos participantes.</u></p> <p>Os dados colhidos visam determinar o grau de conformidade/adesão dos enfermeiros e assistentes operacionais às orientações dos procedimentos sobre precauções de isolamento de contacto. Os resultados obtidos serão utilizados para desenvolvimento de plano de formação adequado às necessidades identificadas.</p> <p>A autora assegura o desenvolvimento do projeto em estreita articulação com a chefia do serviço e orientadores de estágio, bem como o respeito pelos princípios éticos - confidencialidade, anonimato das fontes, consentimento livre e informado.</p>	
OBSERVAÇÕES	A autora deve informar como pretende garantir o consentimento livre e informado dos participantes. Os dados colhidos não deverão ser utilizados para qualquer outro fim para além do indicado. Sugere-se articulação com a CCI.	

<b>AUTORIZAÇÕES</b>	Projeto autorizado por: - Dr. _____, Diretor de Serviço – Serviço de Cirurgia Geral; - Enf.ª _____ Enfermeira-Chefe – Serviço de Cirurgia Geral.
<b>DOCUMENTAÇÃO ANALISADA</b>	Documentos analisados: Pedido de autorização à Direção Enfermagem / Termo de responsabilidade da estudante / Termo de responsabilidade do Orientador pedagógico / Resumo Curricular da estudante / Proposta do Projeto de Intervenção com anexos: Análise SWOT e Grelha de observação / Autorização do Diretor de Serviço / Autorização da Enfermeira Chefe do Serviço
Reunida e analisada a documentação e <b>cumprindo as observações constantes neste documento, entende-se não existirem razões que impeçam o desenvolvimento do projeto proposto, pelo que se sugere o seu deferimento.</b>	
SGF – Área de Enfermagem	

09/06/2014, \_\_\_\_\_

## **Anexo 2: Autorização Diretor de Serviço**



Centro Hospitalar de  
Hospital de

SERVIÇO DE GESTÃO DA FORMAÇÃO

A/c Exm. (º) Sr. (º) Sr. Dr.  
Director de Serviço  
Serviço: Cirurgia Geral

Assunto: Solicitação de Autorização para realização de Projeto de Intervenção em Serviço  
Título do Projeto: Provisão de Otimização de Práticas na Prestação de Cuidados à Pessoa em  
Entidade Académica: IPS - Escola Superior de Saúde Isolamento de Contato

Na sequência da recepção do pedido supra-mencionado, solicita-se informação quanto à possibilidade de, na área sob a sua responsabilidade, autorizar o desenvolvimento do projeto de intervenção em anexo.

### FORMULÁRIO DE RESPOSTA

#### Colaboração em Projeto de Intervenção

Aceite: ☒ Não Aceite: ☐

Outra Informação: O controlo e a prevenção de infeção, nomeadamente  
a nosocomial, é um dos objetivos de qualquer Serviço,  
em particular do Serviço de Cirurgia Geral de [ ] pelo  
que o referido projeto vem de encontro ao referido  
enunciado; os seus objetivos e metodologia estão bem  
delineados.

Fundamentação, em situação de recusa/inviabilidade:

Setúbal, 30 de Maio de 2014

Assinatura



### **Anexo 3: Autorização Enfermeira Chefe**





Centro Hospitalar  
Hospital de

SERVIÇO DE GESTÃO DA FORMAÇÃO

A/c Exm. (º) Sr. (ª) Companhia - Chife

Serviço: Leisurgia geral

Assunto: Solicitação de autorização para realização de Projeto de Intervenção em Serviço  
Título do Projeto: Prevenção de Infecções de Pórticos de Unidades de Cuidados à Pessoa em Isolamento de  
Entidade Académica: IPS - Escola Superior de Saúde Contacto

Na sequência da recepção do pedido supra-mencionado, solicita-se informação quanto à possibilidade de, na área sob a sua responsabilidade, autorizar o desenvolvimento do projeto de intervenção em anexo.

### FORMULÁRIO DE RESPOSTA

#### Colaboração em Projeto de Intervenção

Aceite: ☒

Não Aceite: ☐

Outra Informação: \_\_\_\_\_

Fundamentação, em situação de recusa/inviabilidade:

Setúbal, 27 de Maio de 2014

Assinatura



## **Anexo 4: Certificado Curso Soporte Inmediato de Vida**



## CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Centro Hospitalar de  
Hospital de

Rua  
NICI

Serviço de Gestão da Formação

Certifica-se que *MARIA JOAO GONCALVES NUNES*, natural de *CARAMULO*, nascido/a a *05-06-1984*, com a nacionalidade *PORTUGUESA*, do sexo *FEMININO*, portador/a do *CARTAO DE CIDADAO*, nº *12535678*, válido até *08-10-2019*, concluiu, com aproveitamento em *18-09-2014*, o Curso de Formação:

*CURSO SUPORTE IMEDIATO DE VIDA*

Que decorreu de *16-09-2014* a *18-09-2014*, com a duração de *21* horas, tendo obtido a classificação final de *16 Valores*, numa escala de 0 a 20 valores.

Setúbal, *04-12-2014*

A Responsável pelo Serviço de Gestão da Formação



## **Anexo 5: Autorização para divulgação de Poster**





Autorizado

Centro Hospitalar [ ]  
A/C Exma. Sr.ª Enfermeira Diretora

[ ], 06 de junho de 2014

**Assunto:** Autorização para utilização de imagens, captadas no simulacro realizado no Serviço de Cirurgia Geral, em póster a apresentar em evento científico

Exma Sr.ª Enfermeira Diretora:

(n.º mec [ ]), em funções no Serviço de Cirurgia Geral, vem solicitar autorização para utilização das imagens fotográficas captadas no simulacro desenvolvido no âmbito do 3º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em articulação com a Comissão de Gestão de Risco de V.ª Instituição, em póster a apresentar no 1º Encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, alusivo ao tema "Simulacro em cenário de Inundação em Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos: Intervenções Especializadas de Enfermagem". Reforça-se que as imagens contêm apenas os espaços e funcionários envolvidos no exercício, que tinham conhecimento e não se opuseram à sua recolha.

Garante-se que a maqueta e o resumo do póster será, após a sua elaboração, enviado para apreciação de V. Ex.ª.

Sem outro assunto, ao dispor para qualquer clarificação necessária.

Com os melhores cumprimentos,

\_\_\_\_\_  
Enfermeira

8/ \_\_\_\_\_  
Enfermeira-Chefe



**Anexo 6: Certificado Melhor Poster *Prevenir a Infecção nos  
Dispositivos Intravasculares – Cuidados de Enfermagem  
Especializados***





## CERTIFICADO

Certifica-se que,

**Maria João Nunes e**

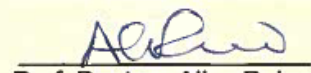
ganharam o prémio de Melhor Poster com a apresentação do tema *"Prevenir a Infecção nos Dispositivos Intravasculares: Cuidados de Enfermagem Especializados"*, no âmbito do Encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica, que decorreu nos dias 3 e 4 de julho de 2014 na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Setúbal, 4 de julho de 2014

A Comissão Organizadora,

  
Prof.<sup>a</sup> Mariana Pereira

A Comissão Científica,

  
Prof. Doutora Alice Ruivo



**Anexo 7: Certificado 2º lugar Poster *Hipodermóclise – Uma opção segura nos cuidados à Pessoa em Fim de Vida***





# 2<sup>as</sup> Jornadas ENFERMAGEM

CENTRO HOSPITALAR DE

Um olhar reflexivo sobre o (in)visível  
Intervenção partilhada de enfermagem

## Certificado

Certifica-se que **Maria João Nunes**, participou no Concurso de Posters, que decorreu nas 2<sup>as</sup> Jornadas de Enfermagem do Centro Hospitalar de  - "Um olhar reflexivo sobre o (in)visível | Intervenção partilhada de enfermagem", com o Poster subordinado ao tema "**Hipodermoclise – Uma opção segura nos cuidados à Pessoa em Fim de Vida**", classificado com o **2º Prémio**.

28 de novembro de 2014

A Comissão Organizadora

JORNADAS DE ENFERMAGEM

27 | 28 <sup>2014</sup>  
novembro



**Anexo 8: Certificado Formação *Prevenção e Tratamento Úlceras*  
*Pressão***



## CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Centro Hospitalar de   
Hospital   
Hospital

Serviço de Gestão da Formação

Certifica-se que *MARIA JOAO GONCALVES NUNES*, natural de *CARAMULO*, nascido/a a *05-06-1984*, com a nacionalidade *PORTUGUESA*, do sexo *FEMININO*, portador/a do *CARTAO DE CIDADAO*, nº *12535678*, válido até *08-10-2019*, concluiu, com aproveitamento em *19-12-2014*, o Curso de Formação:

*PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO - 2*

Que decorreu de *18-12-2014* a *19-12-2014*, com a duração de *14* horas, tendo obtido a classificação final de *MUITO BOM*.

Setúbal, *24-02-2015*

A Responsável pelo Serviço de Gestão da Formação

Certificado n.º 1359/2014 de acordo com o modelo publicado na portaria nº 474/2010

Hospital Ortopédico São João do Odrado

Ação de formação financiada:



GOVERNO DA REPÚBLICA  
PORTUGUESA

UNIÃO EUROPEIA  
Fundo Social Europeu

### **Estrutura Curricular**

Unidades de Formação / Módulos / Outras Designações	Horas	Classificação
Epidemiologia e impacto das úlceras por pressão (UP)	30 min	-
UP como indicador de qualidade e segurança do doente	30 min	-
Etiologia das UP – fatores precipitantes	1	-
Sistema de classificação PUCLAS	1h30	-
Ferida crónica e aguda – desafios no processo de cicatrização	2	-
Gestão da infeção na ferida crónica	2	-
Inovar na Prevenção de UP	1h30	-
Inovar no tratamento de UP	3	-
Discussão de estudos de caso	1	-
Avaliação	1	-

**Observações:** A nota final de avaliação do curso resulta da ponderação da prova teórico, bem como dos parâmetros de avaliação (assiduidade e teste de avaliação).

**Anexo 9: Certificado Formação *Cuidados Continuados*  
*Integrados***





## CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Centro Hospitalar de Sai

Hospital de S

Hospital Otto

Rua  
Nº

Serviço de Gestão da Formação

Certifica-se que *MARIA JOAO GONÇALVES NUNES*, natural de *CARAMULO*, nascido/a a *05-06-1984*, com a nacionalidade *PORTUGUESA*, do sexo *FEMININO*, portador/a do *CARTÃO DE CIDADÃO*, nº *12535678*, válido até *08-10-2019*, concluiu, com aproveitamento em *09-10-2014*, o Curso de Formação:

***DIGNIDADE EM FIM DE VIDA***

Que decorreu de *09-10-2014* a *09-10-2014*, com a duração de *6* horas.

Setúbal, *17-10-2014*

A Responsável pelo Serviço de Gestão da Formação

Ma



**Anexo 10: Certificado Formação *Dignidade em Fim de Vida***



## CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Centro Hospitalar de  
Hospital  
Hospital

Rua Camão Castelo Branco, nº. 1402910-446 – SETÚBAL  
NIPC-557108787

### Serviço de Gestão da Formação

Certifica-se que *MARIA JOAO GONÇALVES NUNES*, natural de *CARAMULO*, nascido/a a *05-06-1984*, com a nacionalidade *PORTUGUESA*, do sexo *FEMININO*, portador/a do *CARTÃO DE CIDADÃO*, nº *12535678*, válido até *08-10-2019*, concluiu, com aproveitamento em *09-10-2014*, o Curso de Formação:

### *DIGNIDADE EM FIM DE VIDA*

Que decorreu de *09-10-2014* a *09-10-2014*, com a duração de *6* horas.

Setúbal, *17-10-2014*

A Responsável pelo Serviço de Gestão da Formação

